Rok LI. Kraków, dnia 7. grudnia 1912. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Petersburskiego Domu Wychowawczego.

Odczyn Engel-Turnaua w moczu osesków.

Odczyt wygłoszony w Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu w dniu 9/22 listopada 1912 r.

Podał

Dr med. **Stanisław Ostrowski.**

W początku 1911 r. wyszła praca Engla i Turnaua [1]) (z kliniki dziecięcej Prof. Schlossmanna w Düsseldorfie), w której autorowie zwracają uwagę na ciekawy odczyn w moczu dzieci karmionych piersią.

Badając mocz oseska ze zwężeniem odźwiernika, spotkali się autorowie z niespodziewanem zjawiskiem. Przy określaniu ilości chlorków w moczu zapomocą azotanu srebra zapomnieli mocz zakwasić. Męt biały, obłoczkowaty, powstały po dodaniu rozczynu azotanu srebra, bardzo szybko zmienił barwę i dał osad czarny na dnie probówki. Działanie światła na chlorek srebra było wyłączone, ponieważ w pracowni było ciemno. Badania, podjęte nad moczem innych osesków, doprowadziły autorów do przekonania, że zjawisko to występuje w moczu osesków, karmionych wyłącznie tylko piersią, natomiast u dzieci karmionych sztucznie nie występuje wcale, co może służyć jako próba co do rodzaju pożywienia.

Można spostrzegać przejścia natężenia zabarwienia od szarego, szaro-brunatnego, czasem z odcieniem bronzowym lub fioletowym do zupełnie czarnej barwy osadu. Stopnie te w zabarwieniu występują w zależności od ilości chlorków w pożywieniu, jakie dziecko otrzymuje, a także przy zaburzeniaeh w odżywianiu u dzieci karmionych piersią. Ogrzewanie próbówki z cieczą przyspiesza i wzmacnia wynik próby.

Wzór tej próby jest następujący: Do 5 ctm. sz. niezakwaszonego moczu dodaje się 15—20 kropel 2% rozczynu azotanu srebra i pozostawia się na 10 minut. Jeżeli w ciągu tego czasu nastąpi szybkie zaczerwienienie osadu, to mocz pochodzi od dziecka karmionego piersią. Dla szybkiego zoryentowania się można zagotować mocz po dodaniu odczynnika. Jeżeli osad pozostaje białym lub nieco zmienia barwę, pochodzi od dziecka karmionego sztucznie.

F. Boschan [2]) badał ten odczyn na oddziale doc. Berenda w Budapeszteńskim szpitalu dziecięcym i doszedł do wniosku, że próba ta występuje w moczu niektórych dzieci karmionych mlekiem krowiem, a przy pewnem rozcieńczeniu daje wynik dodatni z każdym moczem. Jeżeli mocz zawiera mało chlorków, to dodany azotan srebra pozostaje w nadmiarze i dzięki substancyom redukującym odtlenia się na Ag_2O i Ag (czerwony osad). Przy wyniku dodatnim w przesączu zawsze daje się odkryć $AgNO_3$, przy ujemnym tego nie bywa.

U dzieci, karmionych sztucznie, przy takiej-że małej zawartości soli w pokarmie, jak i w mleku kobiecem, np. przy karmieniu mlekiem białkowem, występuje odczyn dodatni z azotanem srebra. Inne strącające się z $AgNO_3$ substancye (węglany, fosforany) wpływają na odczyn o tyle, o ile tworzące się połączenia Ag łatwo się odtleniają, przeto stosunkowo obfity w sole mocz dziecka, sztucznie karmionego, da osad czarny, jeżeli zawiera dostateczną ilość fosforanów i węglanów.

W odpowiedzi na tę pracę Engel i Turnau [3]) zaznaczają, że istota odczynu nie jest tak prosta. Znaleźli oni, że odczyn z moczem osesków wtedy tylko bywa dodatnim (osad czarny), gdy się bierze w i ę c e j $AgNO_3$, niż potrzeba dla strącenia Cl (fosforanów i węglanów w moczu osesków bardzo mało). Dowodzą oni, że 1 ctm. sz. 2% rozczynu azotanu srebra może nasycić maksymalną ilość Cl w 5 ctm sz. moczu osesków.

E. Langfeldt [4]) (z oddziału Prof. Laache w Christyanii) badał ten odczyn u 14 osesków, karmionych piersią (wynik dodatni odczynu w 85%) u 6 sztucznie karmionych (odczyn ujemny w 85%), u 5 na mieszanem (pierś + mleko krowie) karmieniu (we wszystkich przypadkach odczyn ujemny) i u 1 noworodka, który jeszcze nie otrzymał żadnego pokarmu (odczyn dodatni). Odczyn ten bywa ujemnym, gdy zawartość NaCl przewyższa w przybliżeniu 1·75‰. Autor ten zgodnie z Boschanem zauważył, że odczyn dodatni bywa zatrzymany, jeżeli do moczu dodaje się trochę NaCl, natomiast odczyn ten i u sztucznie karmionych dzieci bywa dodatnim, jeżeli mleko rozcieńcza się równemi częściami wody. Langfeldt również jak i Boschan dochodzi do wniosku, że tym odczynem nie można posiłkować się dla odróżniania moczu dzieci karmionych piersią i sztucznie.

Balázsy [5]) stosował ten odczyn w 327 przypadkach u dzieci karmionych piersią i sztucznie odżywianych. Mniema on zgodnie z Boschanem, że odczyn ten jest odczynem

chlorków (Chloridreaction); przypisuje temu odczynowi ważne znaczenie dla sprawdzenia, czem się dziecko odżywia. U zdrowych osesków, jeżeli zawartość chlorków w 5 ctm sz. moczu jest mniejsza od 0,0069 grm, otrzymujemy odczyn dodatni; u dzieci sztucznie karmionych odczyn niekiedy bywa dodatnim, lecz zazwyczaj ujemnym.

Własne badania przeprowadziłem na dzieciach (przeważnie zdrowych, lub z lekkiemi chorobami) w wieku od kilku tygodni do jednego roku (przeważnie od 2—6 mies.), przyczem osesków, karmionych wyłącznie piersią było 156 [tylko w 6 przypadkach (3·8%) otrzymałem odczyn ujemny, t. j. biały osad w moczu po dodaniu 2% rozczynu azotanu srebra]; na mieszanem pożywieniu (pierś i dodatkowy pokarm: mleko krowie w różnem rozcieńczeniu wodą, mączka Nestlea, mieszanka Biederta, Kufeke, Allenbury, zupa Kellera, kasza, manna) było 78 dzieci (u 44 dodatni wynik odczynu i u 34 ujemny) i 30 sztucznie karmionych [tylko u 1 (3·3%) wystąpił odczyn dodatni (osad czarny) z $AgNO_3$]. Przechodząc do bliższego rozpatrzenia 3 wspomnianych kategoryi, muszę zaznaczyć, że odczyn Engel-Turnaua wykonywałem zawsze z ogrzanym moczem. U dzieci, karmionych piersią, biały osad, raczej męt obłoczkowaty, powstający po dodaniu do moczu azotanu srebra, przy gotowaniu moczu prawie raptownie zmienia barwę i przeistacza się w większości przypadków w czarny. U 10 wcześniaków, którzy otrzymywali tylko mleko kobiece, ani razu nie spostrzegłem czarnego zabarwienia osadu, lecz wybitnie brunatne.

Różne odcienia zabarwienia (od fioletowego, brunatnego do czarnego) otrzymywałem z moczem dzieci, które prócz mleka kobiecego otrzymywały jeszcze jakikolwiek pokarm dodatkowy. Zauważyłem, że przy karmieniu piersią i równocześnie znacznie rozcieńczonem mlekiem krowiem (1:1) występuje w większości przypadków odczyn dodatni, gdy zaś do mleka kobiecego dodaje się krowie w rozcieńczeniu 2 części mleka na 1 część wody lub odwaru lub mleko całe, występuje odczyn ujemny. Karmienie mieszane z dodatkiem mączki Nestlea, Kufekego, Allenbury, mieszanki Biederta lub manny (kaszy) prawie zawsze wywołuje odczyn dodatni.

Na czem polega istota tego odczynu? Niewątpliwie największą rolę odgrywa tutaj mniejsza ilość chlorków w mleku kobiecem, niż w krowiem, i pod tym względem odczyn ten, zgodnie z Boschánem i Balázsym, należy uważać za odczyn chlorków. Wzmiankę Langfeldta, że odczyn ten bywa ujemnym, gdy ilość Na Cl w moczu przewyższa 1·75‰, należy uważać za słuszną, albowiem według licznych badań Dr Szaniawskiego [6]) średnia zawartość chlorków w moczu osesków w wieku od 30 dni do 6 miesięcy waha się w granicach od 1·286—1·507‰. Zwiększając sztucznie zawartość chlorków w moczu dzieci, karmionych piersią, można już nie otrzymać dodatniego odczynu Engel-Turnaua; jeżeli n. p. do 5 ctm. sz. moczu dziecka karmionego piersią, dodać 3 ctm. sz. 0·12% rozczynu Na Cl (odpowiadającego prawidłowej zawartości chlorków w moczu oseska), to po dodaniu 1 ctm sz. 2% rozczynu $AgNO_3$ występuje biały osad, nie przeistaczający się przy gotowaniu wcale w czarny. Że na ten odczyn nie wywierają wpływu fosforany, co podkreślają Engel i Turnau, można wnosić z nieznacznej ilości ich w moczu osesków (0·211—0·278‰ według Szaniawskiego).

Zczernienie osadu po dodaniu do 5 ctm sz. moczu dziecka, karmionego piersią, 1 ctm sz. 2% rozczynu $AgNO_3$ należy wytłómaczyć redukcyą wprost na metaliczne Ag dodane w nadmiarze azotanu srebra wskutek obecności w moczu substancyi redukujących, lecz szybkość owego zczernienia pozostaje dla mnie niezupełnie jasną; nawiasem mówiąc, jeżeli do 5 ctm sz. 0·12% rozczynu NaCl lub do tychże 5 ctm. sz. tegoż rozczynu, do połowy rozcieńczonych wodą przekroploną, dodać 1 ctm. sz. 2% rozczynu $AgNO_3$, to przy gotowaniu biały osad wcale nie zmienia barwy; obecność więc substancyi redukujących jest dla powstania czarnego osadu w moczu oseska niezbędna.

Na mocy własnych spostrzeżeń (dodatni odczyn w 96·2% dzieci, karmionych wyłącznie piersią, i ujemny u 96·7% dzieci, sztucznie karmionych) dochodzę do wniosku, że odczyn Engel-Turnaua ma niewątpliwie praktyczne znaczenie, jako wskaźnik rodzaju pożywienia; w instytucyach takich, jak Domy Wychowawcze, odczyn ten może mieć znaczenie, — sit venia verbo! — »śledcze«, na dowód czego mogę przytoczyć ten fakt, że otrzymawszy w kilku przypadkach u dzieci, karmionych rzekomo wyłącznie piersią, odczyn ujemny, z późniejszych zeznań mamek dowiadywałem się, że one, oprócz piersi, samowolnie i pokryjomu dawały swoim oseskom i mleko krowie.

Piśmiennictwo. 1) St. Engel und L. Turnau: Ueber eine Reaktion des Urins von Brustkindern. »Berliner klinische Wochenschrift« 1911, str. 18.—2) F. Boschán: Das Wesen der Engel-Turnau'schen Harnreaktion. Ibidem, 1911, str. 302.—3) Engel und Turnau. Ibidem, 1911, str. 303.—4) E. Langfeldt. Zur Engel-Turnau'schen Harnreaction: Ibidem, 1911, str. 2114.—5) D. Balázsy: Zur Engel-Turnau'schen (E.-T.) Urinreaktion. Ibidem, 1912, str. 352.—6) Szaniawski: Petersburska dysertacya, 1900.

(Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Lwowskiego).

Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne.

podał

Prof. Dr L. Popielski.

(Ciąg dalszy).

Obecność adrenaliny we krwi, wypływającej z nadnerczy, stwierdzono zapomocą doświadczeń hemodynamicznych. Trzeba jednak zaznaczyć, że adrenalinę stwierdzono nie we krwi prawidłowej, ale we krwi odwłóknionej. A tymczasem sam proces odwłókniania może wytworzyć ciała, w prawidłowej krwi nie istniejące wcale. I tak zapomocą wzbijania krwi prawidłowej wytwarza się wazodylatyna. Można było przypuszczać, że wytwarzanie włóknika, występujące przy tym zabiegu, jest powodem powstawania wazodylatyny. Tak jednak nie jest. W surowicy krwi, po jej skrzepnięciu, wazodylatyny nie ma. Natomiast wazodylatyna wytwarza się przy mechanicznem oddziaływaniu na czerwone ciałka krwi, przyczem pod mikroskopem nie można zauważyć w ciałkach czerwonych żadnych

zmian. Możliwem jest więc, że i adrenalina powstaje podczas odwłókniania ze specyalnych tworów, które podczas brania krwi z nadnercza nadzwyczajnie łatwo przepchnąć do żyły. Na tę ostatnią okoliczność już oddawna zwracano uwagę; z tą okolicznością w doświadczeniach nad nadnerczem koniecznie liczyć się trzeba. Budowa naczyń włoskowatych nadnercza umożliwia przechodzenie zawartości samego nadnercza do żyły z powodu dużych przestrzeni pomiędzy komórkami śródbłonkowemi. Samo nawet lekkie naciskanie na gruczoł wystarczy, aby wywołać przechodzenie zawartości rdzennej części nadnerczy do żyły.

W badaniach niedawno przezemnie wykonanych okazało się, że uciskanie nadnerczy podnosi kolosalnie ciśnienie krwi. Tak uciskanie jednego nadnercza w ciągu 45 sekund co 3—4 sek. podnosiło ciśnienie z 80 mm rtęci prawie do 300 mm. Zaledwie dostrzegalne dotykanie nadnercza w ciągu 15 sekund wywołało podwyższenie ciśnienia krwi z 70 mm do 120 mm Hg. Ucisk nadnerczy może nastąpić w rozmaitych warunkach fizyologicznego i patologicznego życia ustroju. Wobec moich doświadczeń zrozumiałym jest cukromocz od przywiązywania zwierzęcia (Fesselungsglykosurie). W ostatnich chwilach ciąży, bezpośrednio poprzedzających poród, ucisk nadnerczy może prowadzić do nadmiernej ilości adrenaliny we krwi, co wywołuje rzucawkę. Zewnętrzne objawy rzucawki są do najdrobniejszych szczegółów identyczne z toksycznem działaniem adrenaliny. Przy wypełnieniu okrężnicy poprzecznej treścią twardą bardzo łatwo może nastąpić ucisk nadnerczy, a wskutek tego wystąpią objawy działania adrenaliny, którego jednym z objawów będzie niedomoga jelit (atonia), a więc warunek, powiększający zaparcie stolca. Także przy wypełnieniu żołądka łatwo może nastąpić ucisk nadnerczy. W świetle moich badań staje się zrozumiałym wynik badań Elliota, który wykazał, że chloroformowanie, eteryzowanie, tylko wtedy zmniejsza zawartość adrenaliny w nadnerczach, kiedy nerwy trzewne nie są przecięte. Po przecięciu tych nerwów zawartość adrenaliny zmniejsza się w bardzo słabym stopniu. Jest to zupełnie zrozumiałem. Przecięcie nerwów trzewnych wywołuje zwężenie naczyń krwionośnych nadnerczy, skutek czego nie może nastąpić przedostawanie się adrenaliny do krwi. Przy całych nerwach trzewnych podniecenie, połączone z rzucaniem się zwierzęcia w początkach podawania chloroformu lub eteru, wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych, przez co łatwo adrenalina wyciska się z nadnerczy do krwi podczas silnych ruchów zwierzęcia. Na samą adrenalinę ani chloroform, ani eter, nie wywierają żadnego niszczącego wpływu. Co się tyczy pytania, w jakim stosunku znajduje się adrenalina do substancyi chromochłonnej, to można uważać za pewne to, że adrenalina znajduje się w tych samych tworach, co substancya chromochłonna. Przy wyciskaniu tych tworów z nadnerczy, co następuje w okresie podniecenia zwierzęcia przy narkotyzacyi, oczywiście spotykamy się z brakiem tych tworów. Brak ten jednak wskazuje nie na zniszczenie adrenaliny, ale na usunięcie jej razem z tworami, barwiącymi się od chromu. Znikanie adrenaliny przy narkozie jest prawidłem i za przyczynę śmierci uważane być nie może. Należy tu także zaznaczyć, że po zupełnem usunięciu nadnerczy, drażnienie nerwu współczulnego podnosi ciśnienie krwi bez widocznej różnicy. W wyciętych nadnerczach, o ile podczas samego wycinania nie nastąpiło wyciskanie adrenaliny, bez trudności można sobie wyobrazić wspólne warunki, przy których i substancya chromochłonna i adrenalina będą znikać. Stąd jednak utożsamiać obydwu tych ciał nie można, albowiem rozstrzygające znaczenie dla stosunku obydwu tych ciał mają warunki, przy których jedno ciało ginie, a drugie pozostaje bez zmiany. Tak Biedl znalazł, że nadnercza, nie zawierające, albo tylko w małym stopniu zawierające substancyę chromochłonną, przedstawiają niezmienioną zawartość adrenaliny. W badaniach w mojej pracowni nadnercza ludzkie, brane w 24 godzin po śmierci i przechowywane następnie w spirytuse, w ciągu 6 miesięcy dawały, jednak podwyższenie ciśnienia krwi bez widocznych zmian. Utożsamiać więc adrenalinę z substancyą chromochłonną bezwarunkowo nie można.

Wspomnieć tu jeszcze należy, że na podstawie badań Cannone i de la Pace wzruszenia psychiczne wpływają na zmniejszenie adrenaliny w nadnerczach. Fakty te posiadają znaczenie wobec tego, że niektórzy z autorów zmniejszeniu adrenaliny, stwierdzonemu przy sekcyach, skłonni są przypisywać przyczynę śmierci, kiedy właśnie zmniejszenie adrenaliny jest skutkiem rozmaitych zjawisk, towarzyszących śmierci, nie zaś przyczyną śmierci.

Że przy powstawaniu adrenaliny chodzi rzeczywiście o rozpadanie się pewnych tworów, albo pewnych połączeń, dowodzą tego moje doświadczenia z zaciskaniem aorty piersiowej.

Jeżeli zaciskać tętnicę główną piersiową w ciągu pewnego czasu, to po zdjęciu zacisku ciśnienie krwi podnosi się, i to tem więcej, im dłużej (wprawdzie do pewnej granicy) zaciskano tętnicę główną. Okazało się, że maximum wzrostu ciśnienia występuje wówczas, kiedy zaciska się tętnicę główną w ciągu 7—8 minut. Ciśnienie krwi podnosi się przy zaciskaniu i w ciągu 12 minut, ale już nieco mniej. Zależeć to może od tego, że adrenalina nie powstaje w dawniejszej ilości wskutek poprzednio trwającego 7-minutowego zaciskania, ale także i od zmniejszonego oddziaływania naczyń krwionośnych wskutek długo trwającej przerwy w odżywianiu. Przy zupełnym braku krwi oczywiście nie może być mowy o prawidłowej czynności wydzielniczej nadnerczy.

Jedynie można tu mówić o sprawach destrukcyjnych, rozpadowych, w samej tkance nadnercza, wskutek czego powstaje adrenalina. Stąd należy wnosić, że adrenalina znajduje się w postaci bardzo chwiejnego związku, z którego łatwo się może uwolnić w stanie gotowym do działania.

Przy drażnieniu nerwu trzewnego mamy do czynienia nie ze sprawą wydzielniczą, ale z mechanicznem usuwaniem, wypłukiwaniem z gruczołu chwiejnego związku adrenaliny, która uwalnia się łatwo z niego w obecności krwi, albo jej niektórych części, bardzo być może w obecności CO_2. Drażnienie nerwu trzewnego stwarza te warunki, jakie w doświadczeniach z zaciskaniem tętnicy głównej występują bardzo wybitnie. Nerw trzewny zawiera nerwy rozszerzające naczynia nadnerczy. Drażnienie tego nerwu podnosi ogólne ciśnienie krwi bardzo znacznie, wobec czego przez rozszerzone naczynia nadnercza przecho-

dzi silny strumień krwi, mechanicznie unoszący zawartość gruczołu.

W doświadczeniach z drażnieniem nerwów trzewnych należy mieć na względzie także łatwą możność naciskania, mechanicznego działania na samo nadnercze. Że drażnienie nerwu trzewnego rzeczywiście wiedzie do zjawienia się adrenaliny we krwi, o tem można przekonać się z łatwością zapomocą wykazania cukru w moczu, jak to pierwszy w tych doświadczeniach wykazał na psach Grek. Jednak ta adrenalina nie jest wyrazem swoistego wydzielniczego wpływu nerwu trzewnego na nadnercze.

Jedynie pewnym, bezsprzecznym dowodem, że adrenalina stanowi prawidłową wydzielinę nadnerczy, byłoby wykazanie obecności adrenaliny w krążeniu ogólnem zwierzęcia prawidłowego. A tymczasem należy uważać za fakt zupełnie pewny, że w warunkach prawidłowych adrenaliny we krwi niema. Dowodów na to dostarcza nam metoda charakterystycznego podwyższenia ciśnienia krwi lub zwężenia naczyń krwionośnych pod wpływem adrenaliny. Otóż okazuje się, że przelewanie krwi jednego zwierzęcia tego samego lub innego gatunku, drugiemu, ciśnienia krwi nie podnosi, nawet kiedy małemu zwierzęciu przelewa się krew dużego. Również nie podnosi ciśnienia surowica krwi. Ponieważ można było przypuszczać, że adrenalina znajduje się we krwi prawidłowej w tak małych ilościach, że obecność jej nie może być tą metodą wykazana, krew w ilości przeszło 20 litrów zagęszczono i po usunięciu wazodylatyny wprowadzono do krwi; działanie adrenalinowe nie wystąpiło. Oczywiście zapomocą odpowiednich badań stwierdzono, że przy manipulacyach chemicznych, wykonywanych z krwią, adrenalina nie rozpada się. Dalej badania Modrakowskiego i Hirschfelda, a także O'Connora przy pomocy metody Trendelenburga wykazały, że adrenaliny niema ani we krwi uczulonych, ani nie uczulonych królików. W zgodności z tymi wywodami znajdują się badania Bayera. Należy tu jednocześnie zaznaczyć, że autorów, bezwzględnie podtrzymujących pogląd o obecności adrenaliny w ogólnem krążeniu, niema. W prawidłowych warunkach z nadnerczy nie przedostaje się adrenalina do krwi. Pogląd Starlinga, że CO_2 jest hormonem, jest zupełnie niesłuszny, gdyż CO_2 jest produktem wymiany materyi, nie zaś wydzieliną.

Drugim gruczołem, który w wyciągach, w świeżym stanie, w proszku, albo w postaci rozmaitych połączeń ma zawierać czynne ciało, mające stanowić właściwą, swoistą jego wydzielinę, jest gruczoł tarczowy.

Wniosek ten opiera się na dobroczynnym wpływie wspomnianych przetworów w przypadkach braku, albo zwyrodnienia gruczołu tarczowego. Nie można jednak nie zaznaczyć, że w wielu przypadkach, zwłaszcza matołectwa, zmian w gruczole tarczowym nie spostrzegano. Wobec tego stan ten chorobowy zależał od innej przyczyny, nie związanej ze zmianami gruczołu tarczowego. Z drugiej strony znane są dobrze przypadki, w których pomimo kilkoletniego stosowania przetworów tarczycy żadnej poprawy nie zauważono.

Masowe leczenie chorych najmniej nadaje się do wniosków o swoistem znaczeniu przetworów tarczycy. Przedewszystkiem trudno w podobnych przypadkach o ścisłe rozpoznanie. Podawany odsetek wyleczenia, około 42%, mógł zależeć od nieodpowiedniego dobierania przypadków do leczenia.

Polepszenie spostrzegano i od takich przetworów tarczycy, których z całą pewnością nie można uważać za swoistą wydzielinę gruczołu. I tak spostrzegano dobroczynny wpływ jodotyryny, która bezwarunkowo nie stanowi wydzieliny tarczycy. Przetwory te zwracają na siebie uwagę ze względu na zawartość jodu, który właśnie mógł odegrać rolę czynnika leczniczego w odpowiednich przypadkach. Jod nie w każdej postaci okazuje się jednakowo skutecznym. Wiadomą dobrze jest obecnie rzeczą, że lecznicze własności każdego środka zależą od odpowiedniego zgęszczenia we krwi. To odpowiednie zgęszczenie nie zawsze nam jest znane. Przy stosowaniu białkowych przetworów jodu, n. p. w postaci jodotyryny, wprowadzamy jod pomału, niewielkiemi ilościami, które zwłaszcza przy długiem stosowaniu, niejednokrotnie całemi latami mogą się okazać najskuteczniejszemi. Jod nie stanowi wydzieliny żadnego gruczołu; w prawidłowych warunkach nie znajduje się we krwi. Jod wchodzi w skład budowy tarczycy i może być zużytkowany przez chory ustrój przy podawaniu rozmaitych przetworów tarczycy, zawierających jod.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

O przysadce mózgowej
ze stanowiska położnictwa i ginekologii

(Sprawozdanie poglądowe).

napisała

Dr Ada Markowa

(Dokończenie).

Związek pomiędzy przysadką a innymi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem przedstawia się, jak następuje: Wyłuszczenie przysadki wywołuje długotrwałe utrzymywanie się grasicy (Aschner), zwyrodnienie koloidowe gruczołu tarczowego i jego przerost (Rogowitsch, Stieda, Eiselsberg, Hofmeister, Alquier, Crowe, Cushing, Hochenegg, Caselli). Dalej występowało zgrubienie istoty korowej nadnercza, u samców zanik spermatogenezy i osłabienie popędu płciowego, u samiczek bezpłodność, względnie przerwanie istniejącej ciąży. U młodych ruja występowała szczątkowo, bez krwawego wypływu z pochwy, w jajnikach znajdowano co najwyżej jedno ciałko żółte.

Ze wszystkich wymienionych spostrzeżeń, najwybitniejszą, jakkolwiek co do istoty swej niewyjaśnioną, jest korrelacya między narządami rodnymi, a przysadką, która dała też powód do przypuszczeń, że objawy akromegalii są skutkiem zmian w gruczołach płciowych. Zaburzenia w czynności wewnętrzno-wydzielniczej gruczołu płciowego uważa Stumme za powód do powstawania guzów przysadki przy wrodzonem do tego usposobieniu.

Najsilniejszym wyrazem owej korrelacyi przysadki i narządów płciowych są wyżej opisane zmiany w przysadce, powstające pod wpływem ciąży. Zmiany owe, odpowiadające okresowi funkcyonalnego wypoczynku jajników, dostrzegali u zwierząt Morandi i Guerrini. Guerrini sądzi, że zadaniem wydzielania, wzmożonego w tym okresie w przysadce, jest zobojętnienie toksyn. Najwybitniejszym

przykładem przerostu przysadki w czasie ciąży, jest przypadek Reussa u wieloródki, która odbyła 16 porodów; powiększona przysadka sprawiła ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych i odpowiednie zaburzenia wzroku w czasie ciąży.

Ponieważ ciąża wywołuje zmiany funkcyonalne jajników, a zaraz potem zmiany w przysadce, nasunęła się myśl, że te zmiany przysadki są skutkiem zwolnionej czynności jajników. Mayer wyraża przypuszczenie, że przysadka zastępczo obejmuje czynności jajników. Czy wydzielina jej ma swoiste znaczenie dla przebiegu ciąży i czy komórki »ciążowe« należy uważać za mające swoiste znaczenie dla płci żeńskiej, nie wiadomo.

Związku między gruczołami płciowymi, a przysadką, dowodzi wytrzebienie i jego skutki. U zwierząt znajdował Fichera przyrost wagi przysadki po wytrzebieniu, wynoszący 100%. Nader ciekawe badania przeprowadzili w tym względnie Tandler i Gros u skopców. Stwierdzili oni tu zapomocą promieni Röntgena wybitne rozszerzenie siodła tureckiego; skopcy odznaczali się wysokim wzrostem, brakiem owłosienia, otyłością. Przysadka oddziaływa na sprawy chorobowe w gruczołach płciowych (Stumme: mięsak jądra — powiększenie przysadki).

Przy wzroście olbrzymim znajdowano (Launois i Roy) równocześnie powiększoną przysadkę i wybitne zanikowe zmiany w gruczołach płciowych. Obrazem klinicznym, który silnie podkreśla korrelacyę między czynnością przysadki, a czynnością gruczołów płciowych, jest akromegalia, której poznanie zawdzięczamy genialnym spostrzeżeniom P. Marie. Guzowi przysadki towarzyszą zaburzenia w czynności narządów rodnych, jak brak miesiączki (Thumin) i niezdolność płciowa (impotentia). Sprawa ta występuje w okresie dojrzałości płciowej (Patellani). Już pierwsze objawy są wyrazem zaburzeń w gruczołach płciowych. Karmienie wpływa na postęp akromegalii; występuje ona jednak częściej u kobiet, które nie rodziły. Trenud uważa za przyczynę akromegalii zanik czynności jajników. Stumme podziela ten pogląd. Exner, Benda, Tamburini uważają za pierwotną przyczynę akromegalii wzmożone wydzielanie przysadki i stwierdzają ścisły związek z czynnością gruczołów płciowych. Usunięcie guza przysadki i, co za tem idzie, wzmożonego wydzielania, przywraca jajnikom wzgl. jądrom ich sprawność.

Przypomnieć tu należy znany fakt, że długotrwałemu karmieniu, które opóźnia zmiany wsteczne w przerosłej przysadce, towarzyszą wybitne zmiany zanikowe w narządach rodnych (zanik macicy, brak miesiączkowania, względna bezpłodność).

W przypadku »degeneratio adiposo-genitalis« (Eiselsberg, Frankl-Hochwart), uleczonym operacyjnie, w 13 miesięcy po zabiegu pojawiło się owłosienie na wzgórku łonowym i wystąpiły wzwody.

W patologii ludzkiej schorzenia przysadki znajdujemy w przebiegu akromegalii, »dysplasia adiposo-genitalis«, infantylizmu, otyłości, karłowatości, wzrostu olbrzymiego.

W ł a s n o ś c i w y c i ą g u (p i t u i t r y n y). Fizyologiczne działanie wyciągu z przysadki zostało odkryte przez Olivera i Schäfera. Przysadka zawiera fosfor, wapno, jod, brom, arsen i cholinę, wyciąg — ciała rozpuszczalne (Bayer) w wodzie i alkoholu, nierozpuszczalne w eterze, odporne na działanie wysokiej ciepłoty (ciepłota wrzenia wody). Wyciąg wprowadzony podskórnie wywołuje podniesienie się ciśnienia tętniczego miernego stopnia, które utrzymuje się jednak przez czas dłuższy. Akcya serca staje się silniejszą i wolniejszą. Działanie to odnosi Biedl nietylko do pośrednictwa n. błędnego, lecz wprost do mięśnia sercowego. Toksyczność wyciągu jest niezmiernie małą.

Borell stwierdził, że działanie to odnosi się do wyciągu z płatu tylnego, co potwierdzili i inni badacze i co stanowi uderzający kontrast z wynikiem wyłuszczania każdego z płatów i z ich budową. Wyciąg ten (wyrobu Parke-Davis) nosi nazwę p i t u i t r y n y (pituitrinum infundibulare), a jeden jego centymetr sześcienny odpowiada jednemu gramowi świeżej substancyi. Inne przetwory noszą nazwę: pituglandol, vaporole, glanduitryna.

Wyciąg z płatu przedniego wstrzymuje krzepnięcie krwi (Verl. Boyé).

Aschner stwierdza, że działanie pituitryny równa się naogół działaniu na nn. błędne, współczulne i układ naczyniowy. Frankl-Hochwart i Fröhlich badali działanie pituitryny na narządy miednicy małej. Okazało się, iż pobudza ona w miernym stopniu mięśnie pęcherza, podnosi pobudliwość nn. miednicznych (n. pelvicus) na prąd faradyczny, a nie zmienia pobudliwości n. podbrzusznego. W macicy ciężarnej, połogowej i miesiączkującej wywołuje pituitryna silne skurcze rytmiczne (Dale, Blair-Bell). Dalej sprowadza pituitryna ruch robaczkowy jelit.

Badając działanie wyciągu na wyosobnione naczynia, stwierdzili Bonis, Susanna i Pal, że pituitryna wywołuje zwężenie światła naczyń żylnych i tętniczych z wyjątkiem obwodowej części tętnicy nerkowej, którą rozszerza. Tem też tłomaczą ci autorowie wybitne wzmożenie się wydzielania moczu pod wpływem pituitryny. Pod tym względem przewyższa pituitryna działanie najsilniejszego środka moczopędnego, jakim jest cytrynian kofeiny. To też Vincent uważa za główny cel czynności wydzielniczej przysadki, jej wpływ na czynności nerek. Jest to skojarzone działanie na układ naczyniowy wogóle, a nerek w szczególności (Magnus, Schäfer, Herring).

Stosowana na wyłuszczone oko żaby, wywołuje pituitryna rozszerzenie źrenicy. Przypomina to działanie adrenaliny, odnosi się jednak wprost do mięśnia. Falta badał wpływ pituitryny na przemianę materyi i stwierdził prócz wzmożonego wydzielania moczu zwiększone wydzielanie fosforu i pojawienie się w moczu substancyi redukującej, z cukrem nie identycznej. Częste i małe dawki wywołują podług Biedla znaczną utratę wagi, a Crove i Cushing znaleźli, że codzienne wprowadzanie wyciągu wywołuje wyniszczenie, ogniska martwicze w wątrobie, zmiany śledziony.

Tak więc badania nad działaniem wyciągu z płatu tylnego dały cały szereg faktów. Ich właściwa istota nie jest jeszcze wyświetlona i znaczenie czynnościowe przysadki nie może być ustalone, gdyż brak jest bezpośrednich dowodów, że istoty, w wyciągach zawarte, powstają za życia i przechodzą do krążenia, jakkolwiek Cushing i Crowe stwierdzili, że płyn mózgowordzeniowy zawiera ciało, wywołujące podniesienie się ciśnienia i rozszerzenie źrenicy w wyłuszczonem oku żaby. Działanie wyciągu jest swoiste i łatwo daje się scharakteryzować; swoiste cechy odnoszą się tylko do wyciągu z t. zw. neurohypophysis. Że zaś ani jej usunięcie, ani objawy kliniczne przy schorzeniach przysadki nie wskazują na to, aby brak lub zmienione działanie tej części dawały objawy, pozostające w związku z brakiem lub zmianą owych swoiście działających substancyi, można więc tylko z wielkiemi zastrzeżeniami uważać ciała, zawarte w części lejkowej przysadki, za fizyologicznie działające hormony. Natomiast część gruczołowa jest w ścisłej chemicznej korrelacyi z układem narządów o wydzielaniu wewnętrznem (Biedl).

O s t o s o w a n i u p i t u i t r y n y. Powyżej wymienione badania i ich wyniki dały pochop do leczniczego stosowania wyciągu z przysadki. Pierwszy Hofbauer zaczął stosować pituitrynę, jako środek wywołujący i wzmacniający bóle porodowe. Dawki wynosiły 0,6 — 1 cm³. Skutek był uderzający, bóle wywołane miały przebieg prawidłowy — bez śladu tężcowego lub kurczowego charakteru — w okresie wydalania płodu występowały szybko po sobie. Drugie wstrzyknięcie nawet po kilku godzinach działało równie energicznie.

Równocześnie w doświadczeniach na macicach poporodowych królików spostrzegał Hofbauer w parę minut po wstrzyknięciu pituitryny rytmiczne skurcze mięśnia macicznego, które można było zapisać na kymografionie.

Czasami po wstrzyknięciu występowało również parci

e

na mocz i dlatego Hofbauer zastosował pituitrynę przy bezmoczu u położnic z dobrym wynikiem.

Za Hofbauerem poszedł cały szereg badaczy. Zbierając osiągnięte przez nich wyniki, dotyczące obecnie z górą 1000 przypadków, stwierdzamy, że pituitryna i analogiczne do niej przetwory są wielką zdobyczą dla położnictwa zachowawczego, gdyż stanowią w znacznej większości doskonały i pewny środek, wzmacniający bóle porodowe i wywołujący je na nowo tam, gdzie bóle już były, ale ustały. Jednak nie zawsze mięsień maciczny jest jednakowo podatny dla stosowania pituitryny. Istnieć musi pewien fizyologiczny stopień pobudliwości, który dochodzi szczytu w czasie porodu. Dlatego stosowanie pituitryny przy poronieniach, bądź sztucznych, bądź samoistnych, daje wyniki ujemne. Im bliżej właściwego końca ciąży, tem macica jest pobudliwszą i tem lepiej oddziaływa. W przebiegu porodu również nie wszystkie okresy są równorzędne. Jako prawidło, według którego można z powodzeniem podczas porodu zacząć stosować pituitrynę, ustalili autorowie tę chwilę, gdy ujście zewnętrzne u pierwiastki otwarte jest do rozmiarów małej dłoni, a ujście wewnętrzne u wieloródki przepuszcza dwa palce. Najlepszym czasem dla działania jest okres II, a mianowicie jego koniec.

Dalej podnoszą autorowie zgodnie dodatni wpływ pituitryny na okres III, a mianowicie szybkie odklejanie się łożyska i brak krwotoków poporodowych, wskutek zapobiegania zwiotczeniu mięśnia macicznego. Na tej zasadzie żąda Blair Bell, by pituitryna znajdowała się w rękach każdego położnika przy każdym porodzie,

Hofbauer stwierdził, że ani gorączka, ani narkoza nie upośledzają działania tego środka, który również nie sprawia żadnych ubocznych skutków szkodliwych. Wskazaniem do stosowania są: słabe bóle porodowe pierwotne lub wtórne, ciasna miednica, rzucawka, przodowanie łożyska, ułożenie miednicowe, twarzowe, to znaczy wszystko, co nagli do szybkiego ukończenia porodu. W wielu z tych przypadków pituitryna bądź czyni zbędnym zabieg, w szczególności kleszcze nizkie, bądź stwarza dla takiego zabiegu korzystne warunki.

Liczni autorowie polecają zapobiegawcze stosowanie pituitryny przed cięciem cesarskiem, szczególniej zaotrzewnem dla skrócenia III okresu i uniknięcia krwotoku.

Dawkę ustalono na 0,6—1 cm^3 podskórnie, można ją powtórzyć już po 10 minutach. Zbiorowego (kumulatywnego) działania niema. Strzykawka powinna być dokładnie oczyszczona i wolna od alkoholu, który rozkłada pituitrynę. Zaznaczyć tu należy, że zamiast pituitryny poleca Führer histamin na tej zasadzie, że działa on podobnie na krążenie i oddychanie. Histamin miałby zaś, zdaniem Führera, tę wyższość nad pituitryną, że jest przetworem chemicznym, dającym się łatwo wytworzyć i dawkować. Dalsze losy tego środka nie są dotąd znane.

Obok chóru zwolenników pituitryny nie brak jednak głosów sceptycznych. Pomijając przypadki, gdzie pituitryna zawiodła, podnosi Heilbronn, że krótkie przerwy i silne bóle wywołują wzmożenie parcia śródmacicznego, co jest połączone z niebezpieczeństwem dla płodu po odejściu wód. Inni twierdzą, że właśnie w okresie III pituitryna wywołuje zwiotczenie mięśnia macicznego i krwotoki poporodowe. Cechą dodatnią pituitryny byłaby możność stosowania jej w każdym okresie porodu, a jednak nie brak głosów, ostrzegających przed powstawaniem kurczowego zwężenia ujścia wewnętrznego. Stroną ujemną pituitryny byłoby dalej, że w 25% przypadków wyzwala pituitryna silne bóle poporodowe.

Stosowanie jej musi być ograniczone do osób zdrowych. W przypadkach chorobowych można przez wstrzykiwanie pituitryny i liczenie na jej działanie stracić zbyt wiele cennego czasu. Pfeifer sądzi, że pituitryna zawodzi tam, gdzie nerki są niesprawne.

Ze względu na własność pituitryny pobudzania mięśnia macicznego do skurczu, poczęto stosować ją przy zwalczaniu krwotoków poporodowych. Wstrzyknięcie pituitryny nie daje nacieku, jaki się czasami widzi po ergotynie, działa silniej, a przez podnoszenie ciśnienia zwalcza ewentualny zapad, działając wzmacniająco równocześnie na macicę, serce i naczynia. Są jednak i tacy, którzy w dalszym ciągu przekładają w tych przypadkach sporysz i jego przetwory nad pituitrynę, i inni, którzy, jak Neu, przekładają adrenalinę, utrzymując, że działanie pituitryny jest naogół działaniem słabego rozczynu suprareniny. Należy tu wspomnieć o przypadku, gdzie pituitryna, podana równocześnie ze sporyszem przy niedowładzie macicy, wywołała ciężkie długotrwałe omdlenie.

Leczenie pituitryną krwotoków macicznych połogowych nie dało dobrego wyniku.

Do ginekologii wprowadził pituitrynę Bab, który uważa przetwór ten za lepszy, niż styptycyna, gorzknik (hydrastis) i sporysz. Stosuje on ją przy krwawieniach wskutek włókniaków, zapaleniu błony śluzowej macicy (endometritis, metritis), zapaleniach przydatków, w ilości 2—3 cm^3 raz lub przez parę dni podskórnie. Działanie pituitryny na włókniaki otwiera jej pole dla skutecznego współzawodnictwa z promieniami Röntgena.

Z innych dziedzin lecznictwa nadmienić musimy, że Klotz poleca pituitrynę wraz z sączkowaniem jamy brzusznej dla leczenia zapalenia otrzewnej, ze względu na działanie pituitryny na serce i naczynia, na ruch robaczkowy jelit, na wzmaganie wydzielania moczu. Jaschke stosuje ją wogóle po operacyach ze względu na wzmacniające działanie na pęcherz. Pal wspomina o dodatnim wpływie pituitryny na przebieg tężyczki i choroby Basedowa. Cyon leczył z pewnem powodzeniem akromegalię gruczołem »in substantia«; natomiast Delille miał przy tej właśnie sprawie złe wyniki.

Badania nad przysadką i wyciągami z niej nie są ukończone. Sprawa gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem jest jednym z najbardziej zajmujących i pociągających rozdziałów fizyologii, »une des plus fascinantes«, jak ją nazwał Delille. Wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem stanowią jego zdaniem zamknięty w sobie układ, a żaden z nich z osobna nie może być uważany za samodzielną, czynnościowo niezależną jednostkę, lecz za ogniwo łańcucha. — Rzucenie właściwego światła na tę całość, jak i na części poszczególne, wymagać będzie olbrzymiej jeszcze pracy, mającej za zadanie poznanie cudownej budowy żywego ustroju. Poszczególne części tego ustroju pracują, jak kółka w systemie maszynowym, nie znając pobudki, ani celu swej pracy. Ich harmonia daje zdrowie, zaburzenia w niej — wielorakie obrazy patologiczne.

Piśmiennictwo. 1) Allers. Zur Kenntnis der wirksamen Substanz in der Hypophysis. Münch. med. Woch. 1909. Nr 29.— 2) Aschner. Über d. Function d. Hypophyse. Pflügers Archiv 1912. — 3) Tenże. Monats. f. Geburtsh. u. Gyn. 1910. — 4) Ascoli. Die Folgen d. Hypophysistransplant. Münch. med. Woch. 1910. Nr 10. — 5) Bondy. Berl. klin. Woch. 1911. Nr 32. — 6) Benda. Archiv f. Anatomie u. Physiologie 1900, Verhandl. der 18. Berliner physiol. Gesellschaft 1900. — 7) Borchardt. Zeitsch. f. klin. Med. Bd. 66. — 8) Bayer. Wiener kl. Woch. 23. — 9) Biedl. Innere Secretion 1910. — 10) Blair Bell. New York med. Journ. 1907, British med. J. 1909. — 11) Bagger Jörgensen. Cblt f. Gynäk. 1911. Nr 37. — 12) Bonis i Susanna. Cblt f. Physiol. 1909. Nr 6. — 13) Ciżsami. Arch. intern. de physiol. VII. De l'action des extraits d'hypophyse sur la pression arterielle. — 14) Bab. Münch. med. Woch. Nr 29. — 15) Borerman. Münch. med. Woch. 1912. Nr 28. — 16) Cyon. Die Gefässdrüsen. — 17) Tenże. Die physiol. Verrichtungen der Hypophyse. Pflüg. Arch. 1900. 1901, 1904 (Bd. 71, 72, 73, 81, 87, 101). — 18) Cristofeletti. Gyn. Rundschau 1911. — 19) Clairmont-Ehrlich. Über Hypophysistransplantation. Arch. f. klin. Chirurgie 1909. — 20) Comte. Zieglers Beiträge. Bd. 23. — 21) Cushing (l. c.). — 22) Cagnetto. Virchows Archiv. — 23) Delille. L'hypophyse et la médication hypophysaire. — 24) Exner. Deutsche Zeitsch. für Chir. 1910. — 25) Eiselsberg i Frankl-Hochwart. Münch. med. Woch. 1908. Nr 31. — 26) Exner. Mitteil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir. 1909. — 27) Erdheim u. Stumme. Ziegl. Bei-

träge 46. — 28) Friedman u. Mass. Ueber Exstirpation d. Hypophyse. Berl. kl. Woch. 1900. — 29) Frankini. Berl. kl. Woch. 1910. — 30) Frankl-Hochwart u. Fröhlich. Wiener kl. Woch. 1909. — 31) Falta. Berl. kl. Woch. Nr 30. — 32) Fühner. Münch. med. Woch. 1912. Nr 16. — 33) Foges u. Hofstätter. Zntrbl. f. Gyn. 1910. Nr 46. — 34) Fischer. Zntbl. f. Gyn. 1912 Nr 1.— 35) Fires. Münch. med. Woch. 1911. Nr 46. — 36) Fichera. Zntrbl. f. allg Pathol. 1906 (17). — 37) Frankl. Archiv. f. exp. Path. u. Pharm. 1910. Bd. 63. — 38) Grünbaum. Münch. med. Woch. 1912. — 39) Guerrini. Zntrbl. f. allg. Path. 1905. — 40) Gottfried. Zentbl. f. Gynäk. 1911. Nr 4. — 41) Gusiew. Ruskij Wracz. 1911. Nr 52. — 42) Howell. Journal of exper. Med. 1898. — 43) Halban. Archiv f. Gynäk 1903. — 44) Hofbauer. Münch. med. Woch. 1912. Nr 22. — 45) Tenże. Zntrbl. f. Gyn. 1911. Nr 4. — 46) Hamm. Münch. med. Woch. 1912. Nr 2. — 47) Herff i Hell. Münch. med. Woch. 1912. Nr 3. — 48) Hirsch. Münch. med. Woch. 1912. Nr 18. — 49) Hahl. Pract. Ergebnisse d. Geburtshilfe und Gynaek. 1912. — 50) Heilbronn. Münch. med. Woch. 1912. Nr 42. — 51) Hell. Münch. med. Woch. 1911. Nr 51. — 52) Jaschke. Münch. med. Woch. Nr 30. — 53) Jaeger. Münch. med. Woch. 1912. Nr 6. — 54) Klotz. Münch. m. Woch. 1911. — 55) Kohn. Wien. kl. Woch. 1910. Nr 33 (referat). — 56) Kroemer. Zntbl. f. Gyn. Nr 39. — 57) Klotz. Monatschr. f. Geburtsh. d. Gyn. 1912. — 58) Kohn. Münch. med. Woch. 1910. Nr 28. — 59) Kon Itaka. Zieglers Beiträge. Bd. 44. — 60) Loevy. Ergebnisse der Physiologie 1913. Bd. 2. — 61) Launois et Mulon. Arch. de gyn. et d'obstetr. 1904. — 62) Melchior Eduard. Ergebnisse der Chirurgie. 1911. III. — 63) Mayer. Archiv f. Gynaek. 1910. Bd. 90. — 64) Münzer. Hypophysis. Berl. kl. Woch. 1910. — 65) Neu. Naturforscherversamml. in Königsberg. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 44. — 66) Naggy. Zntrbl. f. Gyn. 1912. Nr 30. — 67) Tenże. Münch. med. Woch. Nr 11. Zur Pharmakologie u. klinischer Dignität der Uterusmittel. — 68) Park. Wiener kl. Woch. Nr 44. — 69) Pfeifer. Zntrbl. f. Gynäk. 1911. Nr 22. — 70) Patellani. Zntbl. f. Gyn. (ref.). Beziehungen zwischen der Akromegalie und Functionen der weiblichen Geschlechtsdrüsen. (Ann. di ost. e gin. 1907). — 71) Pal. Zntrbl. f. Physiol. 1909. Nr 23. — 72) Rieck. Münch. med. Woch. 1912. Nr 15. — 73) Ross. Zntrbl. f. Gyn. 1911. Nr 34. — 74) Rössle. Münch. med. Woch. 1908. Nr 8. — 75) Stern. Znblt. f. Gyn. 1911. Nr 31. — 76) Schmid. Gyn. Rundschau. 1911. Nr 15. — 77) Schäfer. Münch. med. Woch. 1912. Nr 2.— 78) Vassale u. Sacchi. ref. Zntrbl. f. Chir. 1894. — 79) Vincent. Ergebn. d. Physiologie 1910. Innere Secretion etc. — 80) Vogt. Münch. med. Woch. 1911. Nr 51. — 81) Voll. Münch. med. Woch. 1912. Nr 17. — 82) Westermark. Scand. Arch. f. Physiologie 1892. — 83) Voigt. Deut. med. Woch. 1912. — 84) Gliński: O przysadce mózgowej. Księga pamiątk. XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich. — 85) Nowicki: Badania doświadczalne nad wpływem wstrzykiwań i t. d. Ibid.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Unna i Golodetz. **Znaczenie tlenu dla barwienia.** (Dermat. Studien, T. 22). W broszurze swojej próbują autorowie wprowadzić nową zasadę do teoryi wzajemnego działania między barwikiem a substancyą. Jako punkt wyjścia służy objaśnienie swoistego barwienia jądra zielenią metylową skutkiem silnej wrażliwości tego barwika na redukcyę; barwik ten barwi zatem nie redukującą plazmę, lecz tylko jądra zawierające wolny tlen. Stąd wynikła potrzeba badania systematycznego wszystkich odczynników histologicznych co do ich własności odtleniających lub utleniających, z czego otrzymano niektóre nieoczekiwane wyniki. Zaprawy takie n. p., jak kwas karbolowy i anilina, posiadają wspólną własność utleniania i redukcyi. Dotychczasowa teorya chemiczna barwienia opiera się na przeciwieństwie kwaśności do zasadowości. To jednak nie wystarcza dla wytłómaczenia wszystkich szczegółów doświadczalnic odkrytych, a wymaga koniecznie uzupełnienia przez przeciwieństwo odtleniania do utleniania, przez powinowactwo biegunowe do tlenu między tkankami, zaprawami i barwikami. W każdym poszczególnym przypadku należy zbadać, czy tkanki lub zaprawy odtleniają czy utleniają, czy barwiki są wrażliwe na utlenianie, czy na redukcyę. Z tego punktu widzenia wychodząc, przekonano się, że wszystkie używane utrwalacze i zaprawy, szczególnie utleniające kwasy (kw. osmowy, chromowy i t. p.) działają ubocznie, gdyż obniżają szkodliwą dla barwienia siłę redukcyjną. To przeciwieństwo, jakie widzimy między redukującą plazmą a utleniającem jądrem, panuje także w technicznem farbiarstwie między utleniającym jedwabiem a redukującą wełną. Cel zaprawy jest jednak w histologii całkiem inny, niż w barwieniu tkanin; w tem drugiem zależy na jednostajnem barwieniu, w histologii zaś na otrzymaniu możliwych przeciwieństw w zabarwieniu różnych tkanek. Autorowie objaśniają na przykładach barwikowych złożonych rozczynów, jak wielkie znaczenie i wpływ na barwienie ma ta biegunowość tlenowa (Oxypolarität).

Krzyształowicz.

Musso: **Wpływ usunięcia torebki na pracę osmotyczną nerki** (Riforma medica Nr 25. 1912). W przebiegu zapalenia nerek proponowano i wykonywano usunięcie torebki nerkowej w celu zniesienia ucisku na obrzękły miąższ nerkowy; inni dodatni rzekomo wynik tego zabiegu przypisywali wytwarzaniu się nowej, silnie unaczynionej torebki, przez co powstawały liczne drogi odpływowe z dotkniętej zapaleniem nerki. Ostatnie jednak doświadczenia Rondoniego i de Benisa wykazały ujemny wpływ tego sposobu leczenia na czynność nerek. M. postawił sobie za zadanie prowadzić dalej doświadczenia de Benisa, t. j. badać pracę osmotyczną nerek przed i po usunięciu torebki. Doświadczenia przeprowadził częścią na psach zdrowych, częścią zaś na psach, u których przez kilkakrotne śródmięśniowe wstrzykiwania rozczynu sublimatu wywoływał zmiany zapalne w nerkach. Z obu grup doświadczeń wynikło, że zaraz po usunięciu torebek zmniejszała się znacznie ilość moczu, zwiększała zaś jego wartość kryoskopowa, nadto u psów ze zdrowemi nerkami występował białkomocz i krwiomocz, praca zaś osmotyczna nerek bardzo wybitnie wzrastała. Widać z tego, że usunięcie torebki nie sprawia żadnego polepszenia, przeciwnie, pogarsza warunki, zwiększając pracę osmotyczną.

Dr T. T.

Pignatti: **Tętniak urazowy, wywołany doświadczalnie** (Riforma medica Nr 23, 1912). Liczne dotychczasowe doświadczenia wykazały, że rozmaitego rodzaju urazy, działające na zdrowe ściany tętnicze, wywołują albo zarośnięcie światła w danem miejscu, lub też powstanie tylko blizny w ścianie, co najwyżej zaś wytworzenie się wrzekomego tętniaka, nigdy zaś dotąd nie wywołano w ten sposób prawdziwego tętniaka, tak że etyologia tętniaków urazowych, których występowanie nie ulega wątpliwości, jest jeszcze dzisiaj bardzo ciemna. Z tego też względu przytacza P. przypadek prawdziwego tętniaka urazowego, który udało mu się wywołać przez podłużne nacięcie tętnicy udowej u psa przez wszystkie warstwy, prócz wewnętrznej. Na szósty dzień pojawiło się w tem miejscu malutkie woreczkowate wypuklenie. Badanie mikroskopowe wykazało przedewszystkiem bardzo wybitny zanik elementów sprężystych.

Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

Ferelli: **O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy opłucnej** (Riforma medica Nr 24, 1912). Metodę tę stworzył Forlanini. Uwzględniał on przedewszystkiem gruźlicze sprawy rozpadowe w płucach, a więc jamy. Przypuszczał, że wprowadzając do jamy opłucnej jakiś obojętny gaz, n. p. azot, wywoła przez to unieruchomienie płuca, a więc zapewni mu spoczynek, przez ugniecenie zaś jego miąższu sprawi wydalenie wszystkich produktów rozpadowych i zapalnych i, co najważniejsze, że zmniejszy, względnie zupełnie usunie jamy gruźlicze przez zbliżenie i następne zrośnięcie się ich ścian. Wprowadzanie azotu do jamy opłucnej wykonuje się najlepiej zapomocą przyrządu Forlaniniego, ulepszonego w ostatnich czasach przez dodanie szklanej rurki miareczkowanej, przepuszczającej

azot, zwłaszcza zaś przez dodanie manometru wodnego lub alkoholowego, wyłącza co najcięższe, lecz na szczęście rzadkie powikłanie tego zabiegu, t. j. wprowadzenie igły, a więc i azotu, do któregoś z naczyń płuca, lub silnie unaczynionej tkanki świeżych zrostów, — a więc wywołanie zatoru gazowego. Drugie powikłanie, t. zw. rzucawka opłucna (eclampsia pleurica) nie da się wprawdzie ani przewidzieć, ani uniknąć przy metodzie Forlaniniego, w każdym jednak razie jest przy tym sposóbie bardzo rzadkie, a ponieważ zdarzało się i przy zwykłem próbnem nakłuciu opłucnej, więc możliwość tego powikłania nie stanowi przeciwwskazania. Co do wskazań dla tego sposobu leczenia, panuje różnica zdań; jedni radzą go stosować tylko w daleko posuniętych, jednostronnych zmianach, drudzy zaś jak najwcześniej, i to nawet przy obustronnych zmianach. Bezwzględnem przeciwwskazaniem są silne, rozległe zrosty opłucne. Jedni autorzy wprowadzają w większych odstępach czasu większe ilości azotu (1000 cm^3), inni w krótszych mniejsze (200 do 300 cm^3). Na podstawie własnych badań stwierdził F., że w żadnym przypadku nie można było mówić o całkowitem wyleczeniu, zawsze jednak następowało wybitne zmniejszenie się ilości prątków w plwocinie, raz nawet całkowite ich zniknięcie. Ważnym również faktem jest zmniejszenie się plwociny, co, razem z poprzednim, nadaje tej metodzie leczenia doniosłe znaczenie zapobiegawcze. Dodatni wpływ zauważył F. także w kierunku ustępowania, względnie zmniejszania się krwotoków płucnych. Wskazaniem dla stosowania sztucznej odmy opłucnej są według F. tylko jednostronne zmiany, gdyż wprawdzie z początku daje się zauważyć dodatni wpływ na zmiany w płucu drugiem, później jednak rozwijają się one dalej. Ujemną stroną metody jest stosunkowa rzadkość nadających się do niej przypadków, t. j. zmian ściśle jednostronnych i zupełnego braku zrostów, co jest nieodzownym warunkiem unieruchomienia płuca. Stosunkowo często pojawiała się przy leczeniu sztuczną odmą opłucną rozległa nawet odma podskórna, znikała jednak szybko bez następstw. Dr T. T.

Gött i Rosenthal: **O postępowaniu celem przedstawienia ruchów serca zapomocą promieni Röntgena** (Röntgenkymografia). (Münch. med. Woch. 1902 Nr 38). Autorowie podają bardzo prosty sposób graficznego przedstawiania ruchów serca zapomocą promieni Röntgena. W szparze ekranu nastawia się granicę danej części serca i płuca, przez co przy ruchach serca widać dokładnie przesuwanie się cienia. Przed szparą zaś umieszcza się kliszę i poleciwszy zatrzymać badanemu oddech, przesuwa się całą kliszę z jednej strony na drugą. Otrzymuje się przez to na kliszy krzywą, oddającą dokładnie ruch danej części serca. Krzywa ta ma tę wyższość nad innymi kardyogramami, że podaje czynność pojedynczych części, jak komór, przedsionków, aorty i t. p. Autorzy spodziewają się wiele po tym sposobie badania, zwłaszcza serc chorych. Prócz tego na krzywych spotyka się jeszcze pewne wzniesienia i zagłębienia, których znaczenia i pochodzenia na razie autorowie podać nie mogą, ale które prawdopodobnie dadzą się z czasem wyzyskać w celach dyagnostycznych. A.

Kausch: **Trzymanie termometru pod pachą** (Med. Klinik 1912 Nr 38). K. twierdzi, że dozorczynie i służba przeważnie źle zakładają termometry, a nawet w podręcznikach źle jest to opisane. Naprostszym i najpewniejszym sposobem zakładania termometru jest następujący: Najpierw należy dokładnie odsunąć fałd koszuli z pachy (lub zdjąć koszulę po tej stronie). Potem termometr wsadza się pod pachę i to w ten sposób, że leży on zwrócony do osi ciała pod kątem 45°, ale oprawą ku głowie chorego, a nie, jak to zwykle bywa, ku nogom. Następnie opuszcza się ramię, przyciska do tułowia, a przedramię układa się poprzecznie przez tułów. O ile chory jest przytomny, polecamy mu, by ręką wolną trzymał łokieć ramienia po tej stronie, gdzie leży termometr, ew. przytrzymujemy łokieć sami. Nie należy termometru potem wyciągać, lecz trzymając go polecić choremu odsunąć ramię i skontrolować, czy termometr leżał dobrze. A.

Stalewski: **O stosowaniu przetworów makowca, w szczególności narkofiny.** (Therapie der Gegenw. 1912. Z. 11). Działanie leków surowych nie zawsze da się zastąpić zapomocą jednego tylko ze składników leku; w większości przypadków udaje się jednak uzyskać działanie, równe działaniu leku surowego, przez użycie kombinacyi kilku najważniejszych składników leku. I tak naprzykład dowiódł Straub, że zastosowanie głównego składnika makowca, morfiny, w połączeniu z narkotyną daje wyniki takiesame, albo i lepsze, jak makowiec »per se«. Na zasadzie tych badań Strauba i jego uczniów oparty jest przetwór, zwany narkofiną. Stalewski zastosował ten przetwór naprzód w przypadku ciężkiej nerwicy naczyniowej, zachęcony do tego przez prof. de la Campa. Działanie narkofiny wystąpiło później, niż morfiny, ale było trwalsze i wolne od objawów ubocznych, wywoływanych w tym przypadku przez morfinę (duszność, sinica). Przytem okazała się narkofina w tym przypadku lepszym od morfiny środkiem nasennym. Po tej pierwszej pomyślnej próbie stosował St. narkofinę w postaci wstrzykiwań podskórnych (po 0,03 na dawkę u dorosłych) w mnogich przypadkach bólów przy kolce żółciowej, kurczu żołądka, w czasie porodu i t. d, z zupełnie dobrym skutkiem i używał też narkofiny jako środka zastępczego przy leczeniu morfinistów. Bh.

Borgbjärg i Fischer. **Działanie opaski przy opadnięciu żołądka — studyum kliniczno-rentgenologiczne.** (Arch. f. Verdauungskr. i t. d. XVIII. 4). Na podstawie szczegółowych badań potwierdzają autorzy zdanie Enriqueza, że zwykła opaska brzuszna nietylko nie podnosi wcale trzew, ale owszem nieraz działa szkodliwie, bo wprost spycha żołądek ku dołowi. Enriquez podał dlatego pelotę, która umieszczona jest pod opaską brzuszną i dopiero po założeniu opaski nadyma się pelotę powietrzem. Zwłaszcza nadaje się do tego celu opaska Vermehrena. A.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Wpływ zębów na rozwój czaszki badał Landsberger, wyciągając młodym psom zawiązki zębów po jednej stronie. Okazało się potem, że po stronie operowanej rozwój szczęki był niedostateczny, brakowało zupełnie zębodołów, natomiast uległy wybitnemu przerostowi dolna małżowina nosowa i kość podniebienna. (Arch. für Phys. 1911, str. 433). A.

Do tamowania uporczywych krwawień z nosa zaleca Ritschl t. zw. chwyt Nägeliego, polegający na tem, że obiema dłoniami chwytamy głowę chorego koło kątów szczęki pod uszami i za potylicę i wyciągamy zwolna, a silnie głowę ku górze i ku tyłowi. Po 1—2 minutach ustaje zwykle krwawienie. (Münch. med. Woch. 1912. Nr 43). A.

Przy krwotokach pęcherzowych, zwłaszcza z powodu nowotworów, zaleca Bangs wprowadzanie do pęcherza $^1/_4$—$1^0/_0$ ciepłej kreoliny i pozostawienie jej, o ile to chory wytrzymać może, dłuższy czas w pęcherzu. (Med. Rec. 10. VIII). A.

Krwawiączkę leczyć mają dobrze podług Perussia podskórne wstrzykiwania peptonu: Rp. Pepton Witte 5,0, natr. chlor. 0,5, aq. dest. 100,0. Po zagotowaniu i przesączeniu wstrzykuje się 10—20 cm^3 podskórnie co drugi dzień lub 5 cm^3 codzień przez czas dłuższy. (Policl. V. 1912). A.

Przy fosfaturyi zaleca Umber leczenie atropiną. Z roztczynu 0,01 : 10,0 podaje po jedzeniu 3 razy dnia po 10—20 kropli. Zakazuje przytem pokarmów, zawierających wapień,

jak mleka, ziemniaków, korzeni i jarzyn, dalej jaj, a poleca mięso, ser i chleb. (Ther. der Gegenwart III. 1912). A.

Krwawnice leczy skutecznie Tavel, wstrzykując w nie 5% karbol po poprzedniem podwiązaniu żyły wieńcowej odbytu. Wstrzykuje w pojedyncze żyły po 2 cm^3 (ogółem na posiedzeniu 10 cm^3); w razie potrzeby posiedzenia powtarza. (D. Zeitschr. f. Chir. 1912, t. 116). A.

Adrenalinę zaleca Ephraim podskórnie lub, co lepiej, wprost miejscowo w oskrzelach przy dychawicy oskrzelowej i przy przewlekłem zapaleniu oskrzeli. (Deut. med. Woch. 1912. Nr 31). A.

Przy białaczce zachwala bardzo Koranyi **benzol** wewnętrznie w ilości 3 – 4 gr. na dzień. Benzol działa nawet tam, gdzie rentgenoterapia zawodzi. (Berl. klin. Woch. 1912, Nr 29). A.

Hycyan jest to połączenie rtęciowe (sprzedawane w tabletkach oryginalnego kształtu), polecane zamiast sublimatu do odkażania rąk, skóry i narzędzi. (Med. Klin. 1912, Nr 38). A.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie z dnia 4. XI. 1912.

Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. J. Dunin-Borkowskiego i M. Gieszczykiewicza: **O wiązaniu dwuchwytników przez czerwone ciałka krwi**.

Autorowie badają zależność wiązania dwuchwytnika od jego stężenia, od koncentracyi ciałek i od zmian ciepłoty. Z przytoczonych doświadczeń wynikają wnioski następujące: 1) Łączenie się dwuchwytników z ciałkami krwi nie jest procesem ściśle chemicznym. 2) Zjawiska tego nie możemy wytłomaczyć zapomocą teoryi absorbcyi, gdyż wiązanie dwuchwytnika jest procesem nieodwracalnym, spółczynniki absorbcyjne zaś zmieniają się zależnie od stężenia surowicy. 3) Przebieg łączenia się dwuchwytnika z ciałkami można wyrazić przez równania absorbcyi. 4) Absorbcya dwuchwytnika nie jest typowa, zwłaszcza w granicy większych stężeń, gdzie ilość związania zbliża się do stałej wartości. 5) Aglutynacya odgrywa wielką rolę w całokształcie działania dwuchwytników hemolitycznych; im silniej aglutynuje surowica ciałka, tem większe jej ilości zostają związane. 6) Wpływ ciepłoty na wiązanie dwuchwytnika jest zależny od jego stężenia; w małych stężeniach podniesienie ciepłoty zwiększa absorbcyę, w dużych ją obniża; zjawisko to łatwo tłomaczy się wpływem hemaglutynacyi na absorbcyę. 7) Mechanizm związania dwuchwytników tłomaczą autorowie za pomocą anomalnej adsorbcyi. Anomalną adsorbcyą nazywają wraz z Biltzem proces, w którym krzywa adsorbcyjna, przy pewnem stężeniu ciała adsorbowanego, biegnie równolegle do osi. 8) Autorowie rozwijają pojęcie anomalnej adsorbcyi matematycznie i dochodzą do wniosku, że zjawiska te winny okazywać wyraźne cechy chemizmu. Analiza rozszczepionego przez wodę połączenia dwuchwytnika z ciałkami zdaje się stwierdzać słuszność tych zapatrywań.

(Przedmiot 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie z dnia 13. X. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 57.

1) Na członków Towarzystwa przyjęto jednomyślnie kolegów Edelmana i Nowaczyńskiego.

2) Kol. Rogalski przedstawił przypadek **guza mózgu,** usadowionego w »gyrus praecentralis«.

W dyskusyi Dr Rosenhauch, korzystając z przypadku przedstawionego przez Dr Rogalskiego i nawiązując do odczytu Dra Landaua, jeszcze raz podkreśla, jak ważnem jest badanie dna oka w przypadkach podejrzanych co do guza mózgu. Zaznacza, że nie powinno się polegać na tem, co chory mówi, często bowiem chory nie skarży się na żadne zaburzenia wzrokowe, badanie bystrości wzroku, pola widzenia, poczucia barw, wykazuje stosunki prawidłowe, a wziernik wykrywa dopiero zmianę zastoinową. Jako ilustracyę przedstawia R. mikroskopowy preparat tarczy zastoinowej. (wypukłości $1^1/_2$ mm), otrzymany z oka chorego z nowotworem mózgu, który w 48 godz. po operacyi umarł, a w którego badaniu przedmiotowem i podmiotowem z wyjątkiem tarczy zastoinowej żadnych nieprawidłowości w oku wykazać nie było można. Przypadek ten jest i z tego względu ciekawy, że dowodzi, w jak szerokich granicach nerw wzrokowy posiada zdolność przystosowania się do zmienionych warunków i wykonywania prawidłowej (o ile dotychczasowymi sposobami badania stwierdzić to można) czynności w przypadkach wybitnych zmian chorobowych.

3) Prof. Piltz przedstawił 29-letnią wieśniaczkę **z obwodowem goścćowem porażeniem prawego n. twarzowego z kurczem twarzowym** w porażonej połowie twarzy, występującym przy drażnieniu skóry twarzy.

4) Prof. Piltz przedstawił 21-letniego chorego **z myotonią Thomsena** (przypadek ten będzie ogłoszony później).

5) Doc. Mazurkiewicz: **O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych.** (Rzecz zastrzeżona do druku).

6) Nastąpiła dyskusya nad wykładem prof. Piltza, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu: **Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi.**

Kol. Blassberg wyraża wątpliwość, czy można neurastenię w dobie dzisiejszej uważać za chorobę organiczną. Dotychczas bowiem żadnych zmian anatomicznych makroskopowych ani mikroskopowych w układzie nerwowym przy tem cierpieniu nie wykazano. Objawy fizyczne takie, jak wzmożenie odruchów, wygórowana pobudliwość naczyniowa, nadmierne pocenie się i tym podobne nie stanowią stałych stygmatów neurastenii, albowiem ani tesame objawy nie pojawiają się stale u wszystkich neurasteników, ani też nie pojawiają się one u jednego i tego samego chorego stale co do czasu i mogą być przejściowe. Istnieją w neurologii prądy, usiłujące wysunąć zaburzenia somatyczne na pierwszy plan. Naprzykład Biernacki twierdził, że w tych stanach zachodzi wadliwa przemiana materyi i że wytwory wadliwego utleniania drażnią albo bezpośrednio układ nerwowy, albo dostają się drogą naczyń do ośrodków nerwowych, i że w ten sposób powstaje somatyczne źródło objawów neurastenii. Do podobnych wyników doszedł też w ostatnich czasach francuski klinicysta Bernheim. Ale i te poglądy opierają się właściwie na zaburzeniach tylko czynnościowych i nie dowodzą »organicznej« choroby. Także i poza neurologią odróżniamy w medycynie stany zaburzeń wyłącznie czynnościowych, jak n. p. stan nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, który się różni brakiem podkładu anatomicznego od takiej choroby organicznej, jaką stanowi naprzykład rak żołądka. Oprócz tego zwraca Blassberg uwagę na zapatrywania Dunina, według którego objawy somatyczne nie mogą stanowić szczegółu rozpoznawczego dla depresyi neurastenicznej, gdyż objawów somatycznych może przy tem cierpieniu zupełnie brakować. Neurastenia jest bowiem według Dunina »sui generis« stanem psychicznym, jest psychozą, którą znamionuje chorobliwa samoobserwacya, skupienie uwagi na własną osobę, oraz szczegółowe rozstrząsania banalnych objawów somatycznych, nie mających żadnego znaczenia, a nawet zwracanie uwagi na odczuwania niechorobliwe

i czysto podmiotowe, powstałe bez żadnej fizyologicznej i patologicznej podstawy.

W dyskusyi przemawiali dalej koledzy Rosenhauch i Rydel.

Doc. Mazurkiewicz nie podziela zdania prof. Piltza, że różniczkowanie pomiędzy stanami depresyi w psychosis maniaco-depressiva, a takiemiż stanami w dementia praecox jest łatwem, gdyż szczególniej w przypadkach, w których dementia praecox rozpoczyna się od depresyi, różniczkowe rozpoznanie bywa nieraz wogóle niemożliwem, dopóki dalszy przebieg sprawy nie wyświetli. Za podstawową cechę różniczkową pomiędzy melancholią w znaczeniu Kräpelinowskiem a stanem depresyi w psychosis maniaco-depressiva uważa M. przedewszystkiem wiek starczy w pierwszym przypadku, a nie urojenia, które mogą się zdarzać i w psychosis maniaco-depessiva. W sprawie określenia przez prof. Piltza neurastenii, jako choroby organicznej, przyłącza się M. do zapatrywań kol. Blassberga, dodając, że możemy uważać neurastenię za cierpienie somatyczne, ale nie znajdując w niej żadnych zmian anatomicznych, nie powinniśmy jej nazywać chorobą organiczną. Objawy somatyczne znajdujemy nietylko w neurastenii, ale we wszystkich nerwicach i psychozach czynnościowych, nie wystarczają więc do określenia cierpienia, jako organicznego.

W końcu dyskusyi zaznacza prof. Piltz, iż zupełnie słusznie podniósł kol. Mazurkiewicz, że Kraepelin w swojej ostatniej klasyfikacyi chorób umysłowych opuszcza melancholię, włączając ją do psychozy maniakalno-depresyjnej. Dotychczas jednak ogólnie przyjęty ten pogląd nie jest. Bardzo możliwem jest jednak, że zapatrywanie Kraepelina się utrzyma. Słusznem jest to, co podniósł kol. Mazurkiekiewicz o trudnościach rozpoznawania różniczkowego pomiędzy neurastenią a otępieniem przedwczesnem. Ale to był właśnie motyw, który skłonił Piltza do omówienia tej sprawy w szerszem gronie lekarzy. Depresya w przebiegu otępienia przedwczesnego różni się od depresyi neurastenicznej skargami hypochondrycznemi, często niedorzecznemi, i pewnemi zaburzeniami woli, postępowania i zachowania, jakich zazwyczaj nie spotykamy w neurastenii. W depresyi neurastenicznej zaś na pierwszy plan wysuwają się objawy wzmożonej wrażliwości i zmniejszonej odporności układu nerwowego, a więc objawy wyczerpania. — W odpowiedzi koledze Blassbergowi pragnąłby Piltz wyjaśnić, że jeżeli neurastenię nazywa chorobą organiczną, to robi to nie dlatego, żeby przypuszczał, iż w neurastenii istnieją stałe zmiany anatomopatologiczne, ale dlatego, że w neurastenii spostrzegamy cały szereg objawów cielesnych, jak wzmożenie oddziaływania źrenic na światło, drgania włókienkowe, drżenie języka i palców, drżenie mięśni klatki piersiowej, dermografię, wzmożoną wrażliwość i zmienność czynności serca, szczególniej przy najmniejszym wysiłku mięśniowym, wzmożenie odruchów ścięgnistych, zaburzenia w odżywianiu, szybkie wyczerpywanie się i t. d. Wszystkie te objawy są niewątpliwie wyrazem zatrucia układu nerwowego produktami zmęczenia i pod wpływem poddawania nie ustępują. Dlatego też jesteśmy uprawnieni, pomimo że dotychczas zmian materyalnych w ośrodkowym układzie nerwowym nie udało się jeszcze wykazać, uważać neurastenię za chorobę organiczną i zgodnie z tem powinniśmy stosować w neurastenii oprócz innych metod leczenia leczenie fizyczno-dyetetyczno-farmaceutyczne w odróżnieniu od histeryi, w której pierwszą rolę odgrywa psychoterapia. Chorobliwa autoanaliza, na którą Dunin zwracał uwagę, jest zdaniem Piltza raczej objawem psychastenii, niż neurastenii.

Sekretarz doroczny: Dr Ada Markowa.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. IX. 1912.

Przewodniczący Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) S. Sterling przedstawia troje chorych, leczonych **sztuczną odmą piersiową**; są to trzy przypadki postępującej rozpadowej gruźlicy płuc; we wszystkich trzech nastąpiła przerwa w postępie choroby, a stan ogólny znakomicie się poprawił. Chorzy po trzymiesięcznym pobycie opuszczają szpital; dalsze leczenie odmy będzie się odbywało ambulatoryjnie.

2) Kol. Maybaum: **W sprawie epidemii dysenteryi w Łodzi**. Prelegent zaznaczył, że czerwonka panowała w Łodzi w lecie i jesieni 1911 r.; w roku bieżącym rozpoczęła się w maju, doszła do największego natężenia w lipcu i sierpniu; we wrześniu osłabła. Prowadzenie statystyki było niemożliwością, gdyż w Łodzi zniesiono regestracyę. Omówiwszy przebieg i charakter panującej epidemii, prelegent zatrzymał się szerzej nad zabiegami leczniczymi, podnosząc działanie uzary.

W dyskusyi, w której zabierali głos koledzy Trenkner, Tomaszewski, Rosenthal, Goldberg i Sterling, postanowiono na przyszłem posiedzeniu podzielić się wynikami, jakie osiągnięto przy leczeniu czerwonki surowicą przeciwczerwonkową.

Posiedzenie z dnia 19. IX. 1912.

Przewodniczący Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Pański i Tomaszewski przedstawili chłopca z **niedołęstwem padaczkowem** (imbecillitas epileptica). Chłopiec miewał drgawki po kilka razy dziennie. Kol. Tomaszewski dokonał trepanacyi dekompresyjnej, usunąwszy kawał (25 cm^2) lewej kości ciemieniowej. Tydzień po operacyi napady jeszcze się powtarzały najwięcej 2—3 razy dziennie. Od 6 tygodni chłopiec wcale nie miewa drgawek. Po operacyi wystąpił niedowład prawej górnej kończyny.

2) Kol. Gromski: **O wynikach leczenia czerwonki surowicą przeciwczerwonkową** na podstawie materyału ze szpitala Anny Maryi dla dzieci.

Od roku 1898, t. j. od czasu, w którym Shiga stwierdził w czerwonce swoistość odkrytego przez się zarazka, widzimy usiłowania walczenia z tem cierpieniem zapomocą leczenia swoistego, przyczem lek swoisty w postaci surowicy przeciwczerwonkowej staje się jednym z radykalnych środków, mających na celu zwalczanie szerzącej się epidemii, — jako środek stosowany u ludzi zdrowych, środek zapobiegający chorobie. Stosują go mianowicie w tym ostatnim celu w ilości około 10 cm^3 (Kruse, Dörr). Dane statystyczne co do skuteczności surowicy swoistej zgadzają się u wszystkich prawie autorów. Shiga otrzymuje spadek śmiertelności przy stosowaniu surowicy z 35,4% do 10,8%; Kruse — z 11 na 5%; Vaillard i Dopter z 11 na 2%; Brugsch i Masuda z 30,3% do 6,4%; Rosenthal i Gabryczewski z 11% na 4,5%; Lajotesch z 10 na 0,5%; Koronczewski i Barykin otrzymują 3% śmierci w przypadkach leczonych surowicą; Piotrkowski — 9,9%; Rozmaryn 13,5% wobec 23,3% śmierci z pomiędzy nieleczonych.

Referent mówi o 49 przypadkach czerwonki, leczonych w ciągu ostatniego roku w szpitalu Anny Maryi w Łodzi. Dane ilościowe nie są ścisłe, ponieważ wiele z dzieci chorych opuściło szpital w ciężkim stanie, zanim jeszcze surowica działać poczęła. W każdym jednak razie zauważył G. jej dobroczynny, a nieraz bardzo skuteczny wpływ na przebieg choroby (skrócenie czasu trwania cierpienia, bardzo szybkie, bo nieraz już na drugi dzień znikanie krwi ze stolców i zmniejszanie się ich ilości, szybka ogólna poprawa). Choroba posurowicza występuje rzadko i w bardzo lekkiej postaci. W końcu odczytu referent wnosi, aby z czerwonką radzić sobie w ten sam sposób, jak z błonicą, stosując w możliwie wczesnym okresie choroby surowicę swo-

istą w ilości 10 do 20 cm³; w razie zaś wybuchu epidemii w większych zbiorowiskach ludzi (fabrykach, pensyonatach i t. p.) stosować surowicę zapobiegawczo w ilości 10 cm³.

W dyskusyi kol. Trenkner zgadza się z wywodami referenta, przytaczając 3 przypadki, leczone surowicą skutecznie. — Kol. Sterling czyni prelegentowi zarzut, że nazywa leczenie dysenteryi surowicą, metodą terapii etyologicznej; godzi się więc zapytać, czy badanie bakteryologiczne wykazało u leczonych chorych laseczniki swoiste, odpowiadające surowicy. Wszak w Europie środkowej zdarzają się dysenterye, wywoływane nie przez bakterye (prof. uniw. Warszawskiego Lambl pierwszy opisał pełzaki, wywołujące to cierpienie). Oprócz tego w dyskusyi zabierali głos Lewinson, Rundo, Rosenthal i Tenenbaum.

3) Kol. Rosenthal: **Porażenie nerwu strzałkowego w przebiegu duru brzusznego.**

Posiedzenie z dnia 2. X. 1912.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Sterling poświęcił kilka ciepłych słów wspomnieniu zmarłego przed kilku dniami kol. Birencweiga, przyczem zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Maybaum wygłosił odczyt **o leczeniu nowotworów u zwierząt**, w którym streścił badania Wassermana, Neuberga i Caspariego.

W dyskusyi udział wzięli koledzy Tennenbaum, Goldberg, Rosiewicz, Sterling i Helman.

Posiedzenie z dnia 16. X. 1912.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Tomaszewski i Schreiber: **O leczeniu wodogłowia metodą Anton-Brahmana.** Prelegenci omówiwszy dotychczasowe metody leczenia wodogłowia wewnętrznego, zachęceni artykułem Brahmana — zastosowali metodę tę w 6 przypadkach. Omówiwszy technikę, przeszli do opisu swoich przypadków. Liczba mała, aby z niej można wysnuwać pewne wnioski. Bezwarunkowe polepszenie miał kol. Tomaszewski tylko w jednym przypadku u dziecka $1^1/_2$-rocznego, w pozostałych zaś 5 przypadkach nie zauważył polepszenia, o jakiem wspomina Brahman, a które ma objawiać się stałem zmniejszaniem się czaszki i znikaniem stanów kurczowych (spastycznych). Śmierci nie było wskutek zabiegu żadnej. Zważywszy jednak, że wszystkie inne metody, jako daleko kłopotliwsze i niebezpieczniejsze, dają bardzo niepocieszające wyniki, prelegenci oświadczają się za stosowaniem tej metody.

3) S. Sterling. **Uwagi o leczeniu zapalenia płuc włóknikowego.** Na wstępie mówił S. o spostrzeganych przez siebie przypadkach zapalenia płuc włóknikowego poronnych, trwających dwie doby lub krócej; obok objawów miejscowych i ogólnych — obecność dwoinek swoistych w plwocinie i obniżona ilość chlorków w moczu. — Prelegent gani zwyczaj codziennego (lub nawet dwukrotnie przez dzień) sadzania chorych w celu badania stanu płuc; jest to zgoła zbyteczne, jeśli rozpoznanie jest ustalone, a przebieg choroby prawidłowy. Takim chorym czyni się szkodę przez zmuszanie ich do ruchu i wysiłku; lepiej się wyrzec np. także opasek, jeśli chorego ich nakładanie męczy. Z chwilą ustalenia rozpoznania nie należy chorego przewozić (do szpitala). W okresie upadku działalności serca środkiem leczniczym potężnym jest adrenalina; osłabienie działalności serca jest w tej chorobie wtórne, jest skutkiem spadku ciśnienia w naczyniach; serce starając się pracą wysiłkową utrzymać ciśnienie tętnicze na pewnym poziomie, wyczerpuje się. Stosowane wstrzykiwanie rozczynu soli kuchennej ten ma skutek, że napełniając rozszerzone koryto naczyń, podnosi ciśnienie. Adrenalina czyni toż samo, zwężając światło naczyń. By serce przygotować do przezwyciężenia nagle — pod wpływem adrenaliny — powstałej przeszkody, t. j. zmiany w napięciu naczyń, należy na pół godziny przed wstrzyknięciem adrenaliny wstrzyknąć pod skórę naparstnicę (przynajmniej przed pierwszem zastosowaniem adrenaliny). Rozczynu 1% adrenaliny stosować można na raz 1 gram, w ciągu doby powtarzać 3 i 4 razy; z przetworów naparstnicy najodpowiedniejszym w tym celu jest digipuratum solubile. Obydwa te leki należy wstrzykiwać głęboko.

W dyskusyi zabierali głos kol. Goldman, Schoenaich, Rygier, Rosenthal i Trenkner.

Sterling odpowiada: Jeśli opaska ma działać wykrztuszająco, to lepiej się jej wyrzec, zamiast szkodzić choremu przez ruch; jeśli zaś ma działać (często zmieniana) ochładzająco, to można ją zastąpić okładami zimnymi, stosowanymi na piersi. — Nie we wszystkich sprawach zakaźnych osłabienie mięśnia sercowego jest wtórne (przykład: błonica, dur brzuszny). — Dodatni wpływ adrenaliny na stan krążenia w zapadzie, wywołanym przez zapalenie otrzewnej, tem się tłomaczy, że jak w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego następuje »sui generis« wykrwawienie do pęcherzyków płucnych, przez co naczynia dużego obiegu są względnie puste, a ciśnienie spada (przy jednoczesnem działaniu toksyn w tym samym kierunku), tak przy zapaleniu otrzewnej następuje wykrwawienie częściowe naczyń dużego obiegu krwi do układu naczyń trzewnych, co sprowadza względną pustość i spadek ciśnienia w tętnicach dużego obiegu z jego skutkami dla serca. Podniesienie ciśnienia przez adrenalinę jest w obu przypadkach daleko skuteczniejszem analepticum, aniżeli środki bezpośrednio pobudzające skurcz mięśnia sercowego. Tomaszewski.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 12. września 1912 r.

Przewodniczy kol. B. Knothe. Obecnych członków 29.

1. Kol. St. Trzebiński: **Przypadek nerwicy urazowej z historyi.** (Rzecz przeznaczona do druku). Dyskusyi nie było.

2. Kol. A. Bylina: **O hormonalu.** Streściwszy obecny stan wiedzy o anatomii i fizyologii nerwowego układu jelit, wspomina prelegent o nowych badaniach Zuelzera, wykazujących, iż oprócz nerwowego mechanizmu ruchowej czynności jelit jest jeszcze inny: humoralny czyli chemiczny. Omówiwszy następnie znane z piśmiennictwa wyniki klinicznego stosowania hormonalu w różnych postaciach zaparcia stolca, przechodzi prelegent do streszczenia własnych spostrzeżeń, tyczących się 16 chorych z kliniki lekarskiej prof. Obrazcowa. Z liczby tej w 13 przypadkach rozpoznano niedowładną (atoniczną) postać zaparcia, w 3 zaś — zaparcie skurczowe (spastyczne). Z pierwszej grupy śródżylne stosowanie hormonalu (20 cm sz.) w 10 przypadkach dało wynik dodatni trwały, w 1 wynik dodatni czasowy (3 tygodnie), w 2 przypadkach wynik ujemny. We wszystkich trzech przypadkach drugiej grupy (zaparcie skurczowe) — hormonal zawiódł. Z cięższych przejawów ubocznych spostrzegał prelegent raz jeden dość groźny zapad ze zwolnionem i słabem tętnem, sinicą i wymiotami; po $1^1/_2$ godziny zapad ustąpił. W 2 przypadkach wystąpił w parę godzin po wlewaniu hormonalu dreszcz z podniesieniem ciepłoty do 38° C. Powyższe objawy nakazują ostrożność w stosowaniu nowego leku.

W dyskusyi pyta Januszkiewicz, jak się tłomaczy trwałość działania hormonalu po jednorazowem tegoż wlewaniu. — W odpowiedzi prelegent zaznacza, iż najprawdopodobniejszem będzie przypuszczenie, że hormonal wzmaga wydzielniczą czynność tych komórek, które wytwarzają swoisty hormon ruchu robaczkowego jelit; wzmożona tą drogą czynność ruchowa wzmacnia ze swej strony układ mięśniowy jelit. — Trzebiński pyta, czy możemy wyłączyć w działaniu hormonalu wpływ jego na układ nerwowy jelita. — Prelegent sądzi, iż w rozwiązaniu tej sprawy pomocne być może porównanie ze sprawą wydzielania trzust-

kowego; wiadomo, iż sekretyna trzustkowa wywołuje czynność wydzielniczą po zupełnem usunięciu bądź drogą anatomiczną, bądź też farmakologiczną (atropina) nerwowego układu trzustki. Względem hormonalu zagadnienie jest trudniejsze z tego powodu, iż nie mamy sposobu całkowitego usunięcia własnego nerwowego mechanizmu jelit, mianowicie splotu Auerbacha. — J. Makowski podaje, iż był świadkiem, gdy wstrzyknięcie hormonalu w przypadku pooperacyjnym wywołało ciężki zapad. — O podobnym przypadku mówi też i Łowieniecki. — Łążyński pyta, czy nie próbowano stosować hormonalu wewnętrznie. — W odpowiedzi prelegent zaznacza, iż próby takie miały wynik ujemny. — Cichocki pyta, czy prelegent nie określał wpływu hormonalu na krzepliwość krwi; pyta dalej, do jakiej kategoryi należy zaliczyć hormonal, czy jest to zaczyn, czy też ciało o innych cechach. — Prelegent wyjaśnia, iż krzepliwości krwi nie określał; hormonal, jak i inne hormony, nie należy do kategoryi fermentów.

Sekretarz: A. Bylina.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie z dnia 26. X. 1912.

Dr Szymański przedstawił wyniki prób palliatywnego **leczenia migdałków** zapomocą wypełniania krypt 30-procentową pastą bizmutową Becka. Środek ten zastosowywał w schorzeniach przewlekłych w przypadkach, nie nadających się do operacyi ze względu na zapalenia nerek, choroby serca, miażdżycy lub wiek i wolę chorego, nie życzącego sobie operacyi. Wprowadzenie pasty odbywa się zapomocą szklannej strzykawki z rozdęciem przy ujściu, tamującem odwrotny wyciek pasty; pasta wprowadzana pod pewnem ciśnieniem wychodzi przez inne otwory migdałków. Chorzy kliniczni (Rush Redical College — oddział uniwersytetu chicagoskiego) oraz z praktyki prywatnej prelegenta doznawali znacznego polepszenia, migdałki zmniejszały się, a powikłań żadnych nie zauważono. Użycie tego środka i kilkoletnia obserwacya może wyjaśnić sprawę nawrotów spraw okołomigdałkowych. — Przedstawione preparaty mikroskopowe wykazują przedewszystkiem, że pasta rozchodzi się po kryptach nietylko przez naturalne połączenia ich pomiędzy sobą, lecz czasami przerywa cieńsze ścianki pomiędzy kryptami, tworząc sztuczne przetoki. Dalej, że w migdałkach, wyjętych po 3 miesiącach od ostatniego wprowadzenia pasty, zostało jej bardzo niewiele i to w postaci kryształków bizmutu. Nakoniec, że krypty same zawierają mniej bakteryi, a nabłonek ich wygląda prawidłowiej.

W dyskusyi zabierali głos: Dr Czaki, Pietrzykowski, Statkiewicz, Zaleski, Boguszewski, Wiśniewski, Gierałtowski i Hryniewiecki, który zaznaczył, że działanie bizmutu w tych przypadkach jest więcej mechaniczne, niż przeciwgnilne i przytoczył metodę Gersuniego z Wiednia — wstrzykiwanie rozczynu Lugola lub jodu.

Po załatwieniu spraw administracyjnych, mianowało Towarzystwo Dr J. Szymańskiego, wyjeżdżającego do Brazylii, swoim honorowym członkiem.

Dr A. Balcerzak, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Dr Fr. Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českých), Prym Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«) anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. Biulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie),; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), a wraz z Dr M. Biehlerową, (Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 4. XII. posiedzenie, na którem z powodu nadchodzącego dwudziestopięciolecia »Nowin lekarskich« obrano jednomyślnie członkiem honorowym Towarzystwa redaktora »Nowin«, Dr St. Łazarewicza z Poznania, poczem prof. Kostanecki, prof. Browicz i prof. Rutkowski przedstawili okazy torbielowato zmienionych wyrostków robaczkowych. W dyskusyi przemawiali prof. Rosner i doc. Radliński. Następnie Dr Zanietowski przedstawił przyrządy elektryczne własnego pomysłu, nagrodzone na Zjeździe elektrologicznym w Pradze, a Dr Schlank miał odczyt o wyciągach z przysadki mózgowej w położnictwie i ginekologii.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza, co następuje: Zamiast uroczystego pożegnania kol. Dr Sękiewicza, który opuścił Czortków, złożyli dnia 5. listopada b. r. urzędnicy i znajomi kwotę 100 kor., którą starosta czortkowski, p. Piątkiewicz, złożył w Tow. lekarzy galicyjskich na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

— Grupa krakowska Tow. Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem urządziła 5 b. m. za zgodą dyrekcyi w krakowskich szkołach średnich odczyty o gruźlicy, celem uświadomienia młodzieży szkolnej o istocie choroby i sposobach ochrony przed nią; nadto wszyscy uczniowie otrzymali druki, zawierające odpowiednie wskazówki z zakresu higieny. Dochód z odczytów obrócony zostanie na koszta leczenia chorej na gruźlicę kształcącej się młodzieży polskiej.

Staraniem lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą i Zarządu powszechnych wykładów uniwersyteckich we Lwowie ocbędą się w miastach prowincyonalnych Galicyi wschodniej wykłady o gruźlicy i jej zwalczaniu.

— Zawiązane świeżo w Krakowie Towarzystwo »Samarytanin polski« pod przewodnictwem radcy dw. prof. Wicherkiewicza organizuje kursa doraźnej pomocy. Takież kursa otwarto we Lwowie. W Krakowie odbywają się kursa równocześnie w dziesięciu seryach w różnych zakładach leczniczych pod kierunkiem specyalistów chirurgów; napływ uczniów jest tak wielki, że i to już nie wystarcza.

— Rada miejska w Przemyślu uchwaliła budowę wodociągów kosztem 4 milionów koron.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. XI. do 30. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 1 (obcych 2 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 5 † — (2 † —), odry 2, duru brzusznego 2 † — (— † 1), czerwonki 1 † — (1 † —), róży 1, kuru 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. W Kownie obchodził 50-lecie swego zawodu Dr Kazimierz Jaworowski. Jubilat urodził się w Białymstoku w r. 1839. Po skończeniu uniwersytetu moskiewskiego w r. 1862 został ordynatorem szpitala miejskiego w Kownie. W marcu r. 1864 z rozkazu Murawiewa zesłano go na 8 lat do kopalni nerczyńskich. W r. 1868 zamieszkał w Irkucku, gdzie kilka lat pełnił bezpłatnie obowiązki ordynatora szpitala miejskiego. Z przywróceniem praw zajął stanowisko lekarza w kopalniach złota w okręgu witimskim, nad rzeką Bodajbo. Po 17 latach, pomimo świetnych warunków materyalnych, w r. 1886 opuścił Syberyę i po roku studyów zagranicą osiadł w Kownie. Jest członkiem założycielem Tow. lekarskiego w Kownie, którego był wiceprezesem, a następnie w ciągu lat 5 prezesem. Przez lat 25 był dyrektorem komitetu opieki nad więźniami oraz pełnił wiele innych czynności społecznych i filantropijnych.

— Zmarły niedawno Dr Marcin Kulikowski zapisał 25.000 rb. na jedną z warszawskich instytucyi leczniczych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 25. XI. do 2. XII. 1912 przypadków: ospy 4, płonicy 1, duru wysypkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Następujący doktorzy uniwersytetów zagranicznych, po złożeniu egzaminów państwowych w Charkowie otrzymali stopnie lekarzy: pp. Klemens Bojakowski z Kowała, Zygmunt Jakubowski z Kowna, Zygmunt Łopuski z Kalisza (z odzn.), Józef Halpern z Siedlec (z odzn.), Henryk Brokman z Warszawy, Leon Fingerhut z Kalisza (z odzn.), Jan Pióro z Siedlec (z odzn.), Michał Edward Studziński, (z odzn.), Jan Tworkowski z Litwy, Antoni Wolski z Zacisza, Jan Zalewski z Warszawy, Józef Golde z Płocka, Józef Halpern z Warszawy i Grzegorz Altfeld z Warszawy.

— Wydział lekarski na uniwersytecie w Odesie ukończyli Polacy pp.: Zygmunt Słoniński (z odzn.), Kazimierz Łowiński, Stanisław Majewski, Adam Mickiewicz, Jan Peczyński i Edward Żelichowski.

— Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 23. XI. (6. XII.) b. r. uroczyste posiedzenie dla uczczenia zasług i pamięci przedwcześnie zmarłego znakomitego matematyka, prof, Dr Jana Ptaszyckiego. Program posiedzenia obejmował przemówienia i wykłady prof. Zaleskiego, prof. Merczynga, doc. L. Staniewicza, prof. Sochockiego, prof. W. Staniewicza, prof. Ziemackiego i pp. Rostkowskiego i Chawłowskiego.

Mianowani: Prof. Czerny ze Strassburga profesorem pedyatryi w Berlinie; doc. Merkel profesorem medycyny sądowej w Erlangen; doc. Königer profesorem historyi medycyny tamże.

Redakcya otrzymała: Doc. Dr W. Radecki: 1) Les phénomènes psychoélectriques. Odb. »Archives de psychol.« 1911. Génève, stron 294. 2) Psychologia wzruszenia i uczuć. Warszawa 1912. Z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Stron 172. — Latkowski: O arytmii sercowej; część kliniczna. Odb. »Księga pamiątk. XI. Zjazdu lek i przyr. polsk.» 1912. — J. Jaworski: Materyały do statystyki i etyologii raka. »Gaz. lek.« 1912. — Wiczkowski: O pierwotnym raku płuc. — Selzer: Próba urządzenia uzdrowiska ludowego dla piersiowo-chorych w okolicy Lwowa. Odb. »Tyg. lek.« 1912. — Schoenaich: Szpital dla dzieci Anny-Maryi w Łodzi. VI. Sprawozdanie roczne 1911. — Orzechowski i Nowicki: Zur Pathogenese u. patholog. Anatomie der multiplen Neuromatose und der Sclerosis tuberosa. Odb. »Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie«. — Pawlicki: Zur Frage der akuten infektiösen Nephritis. Odb. »Mediz. Klinik«. 1912. Nr 43. — Kopczyński: Praca naukowa a zawód lekarski. Odb. »Medyc. i Kron. lek.«. — Blassberg: O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego. Odczyty kliniczne. 1912. Zesz. 10 i 11.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1912.

Gazeta lek. Nr 44—49. Bartkiewicz: Uwagi nad leczeniem chirurgicznem przepuklin (44—45). — Hertz i Sterling (dok. 44—47). — Pawiński: O wpływie wzruszeń i przemęczenia umysłowego na serce, a zwłaszcza na powstawanie stwardnienia tętnic (45—46). — Pruszyński: Henryk Kadyi (46). — Artykuł wstępny (Szkoła główna warszawska) (47). — Bieliński: Parallela szkół lekarskich polskich w Warszawie i w Wilnie (1818—1830) (47).—Dembowska i Rzętkowski: O wpływie solanki ciechocińskiej Nr 8 na wydzielanie z moczem związków purynowych (48—49). — Kaczyński: Nowe przyrządy (48). — Jaworski: Lekarze Polacy na obczyźnie (48).

Medycyna i Kronika lek. Nr 44—48. Leszczyński: Nowotwór w torebce wewnętrznej (endothelioma in capsula interna) (44), — Wł. Sterling: O synkinetycznem (współruchowem) doprowadzaniu chorego ramienia w porażeniu połowiczem organicznem (44—45). — Lewin: Walka z gruźlicą a szpitalnictwo (44—45). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w zdrowej skórze przy działaniu na nią chryzarobiny (45). — Halpern: W sprawie przemiany materyi w myastenii (36). — Pechkranc: Tętniak łuku aorty z zarośnięciem osierdzia oraz zrostami jego z klatką piersiową i przeponą (46). — Lubliner: O stosowaniu arsenobenzolu (606) w przypadkach twardzieli górnych dróg oddechowych itd. (47). — Wejnert: Badania nad ilościowem określaniem diastazy w kale (47). — Guranowski: O organizacyi pracy umysłowej (47—48). — Justman: Zwężenie przełyku z przyczyny blizn przymiotowych (48—49). — Mackiewicz: O objawie udowym (48).

Tygodnik lek. Nr 44—48. Markowski: Henryk Kadyi (44).— Penzias (dok. 44). — Michałowicz (dok. 44). — Ziembicki: Zatrucie nitrobenzolem (45—46). — Zubrzycki: Zastosowanie hemolizy wywołanej jadem kobry w położnictwie i ginekologii (45—46). — Mars: Sprawa chirurgicznego postępowania wobec otrzewnej na tegorocznym międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Berlinie (46—48). — Franke: Lewulozurya pokarmowa w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek i o związku między zaburzeniem czynności nerek a wątroby (47—48). — Rothfeld: Zależność napięcia mięśni kończyn od ustawienia głowy (47).— Berlstein i Nowicki: O guzie nerwu słuchowego w stosunku do ucha wewnętrznego (48).

Nowiny lek. Nr 11. Mażylis: Przypadek krezki pierwotnej u noworodka z torbielowatem przekształceniem nerek. — L. Szuman: Coma cholaemicum po operacyi kamieni żółciowych. —

Steinborn: Nowoczesne leczenie kiły ze szczególnem uwzględnieniem salwarsanu.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt III. Tomu VII. L. Zembrzuski: Gruźlica przepuklinowa. — M. Saidman. O znieczuleniu zapomocą wewnątrzżylnego stosowania hedonalu. — J. Koliński: W sprawie ogólnego postępowania w tak zwanych chorobach kobiecych.

Postęp okulist. Nr 9—10. Szafnicki: Wrzód rogówki pełzający w świetle statystyki z r. 1900—1909. — Rosenhauch: Dwa przypadki promienicy narządu wzrokowego. — Wicherkiewicz: O wrzodzie przybrzeżnym rogówki, spowodowanym prątkiem Neddena.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 3. Leszczyński: Ropotok zębodołowy. — Mirtenbaum: Kilka zasadniczych pytań o zaopatrywaniu korzeni. — Brenneisen: Dmuchadło automatyczne własnego pomysłu. — Łepkowski: 1) Oparcie metalowe krzesła jako zbiornik zgęszczonego powietrza wyjałowionego. 2) Sterylizator na świderki.

Kronika dentyst. Nr 11. Krakowski (c. d.). — Zawidzki (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 11. Drexler: Miasta ogrodowe.

Zdrowie Z. 11. Judt: Kilka słów w sprawie dzieci mamek.— Jaworski (dok.). — Mamrot: O śmiertelności wśród niemowląt i sposobach jej zwalczania.

Słowo lekarskie Nr 20—22. Stahr (c. d.). — R. Merunowicz: W sprawie partactwa lekarskiego. — Ustawa o chorobach zakaźnych w parlamencie. — Subkomitet komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego i górna granica dochodów. — Glassner: W sprawie wykonywania rozbiorów moczu przez nie-lekarzy. — Uchwały XVIII Wiecu Izb lekarskich. — Bednarski: Lekarze okręgowi i ich apteki domowe.

Głos lekarzy Nr 21—23. Wyzwanie do walki. — O udział Galicyi w Najwyższej Radzie zdrowia. — Epidemia spirytystyczna na Śląsku. — Mikołajski (c. d.). — W sprawie norm służbowych lekarzy kasowych. — Reforma państwowej ustawy sanitarnej. — I. Zjazd higienistów polskich. — Badanie uszkodzonych w praktyce kas chorych. — Wzory umowy lekarzy z kasami chorych. — Nowy projekt rządowy w sprawie techników dentystycznych. — Statut Zjazdów higienistów polskich.

Nasze Zdroje Nr 24—25. Porachunki po kampanii sezonowej. — Teodorowicz: 1) Kongres balneologów w Meranie. 2) Co podnosi ruch obcych i eksport wód mineralnych? — Włyński: Sprawozdanie lekarskie o Szczawnicy za r. 1912. — W przededniu sprzedaży Żegiestowa-Zdroju. — VII. Kongres elektro- i radyologów w Pradze. — Ashkenazy: Jak działają kąpiele kwasowęglowe i borowinowe? — Orłowicz: Plan rozwoju Zakopanego. — Ustawa o uzdrowiskach w państwie rosyjskiem. — Nowe zdrojowisko pod Toruniem. — Żurakowski: Sprawozdanie zakładu leczniczego w Tatarowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. grudnia 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Rosnera: Ciąża, a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu i demonstracya Dr Z. Wachtla (jun.) (stosowanie benzolu w białaczce).